

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

O uso da música na promoção de uma experiência benéfica do Trabalho de Parto: uma intervenção do Enfermeiro Obstetra

Marta Cecília Domingos Ferreira

**Lisboa
2016**





Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

O uso da música na promoção de uma experiência benéfica do Trabalho de Parto: uma intervenção do Enfermeiro Obstetra

Marta Cecília Domingos Ferreira

Prof.^a Maria Helena Bértolo Pereira Gomes Ferreira

**Lisboa
2016**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



"Here we are with a dream to build, hopes to fulfil, visions to realize and a future to construct."
Barack Obama

Agradecimentos

Quero agradecer a todos os contribuíram para a construção deste Relatório,
em especial à Prof.^a Helena Bértolo e ao EEESMO Fernando Prada

Muito Obrigada!

À minha família, em especial ao João Matias e aos meus amigos,

Obrigada pela compreensão!

Lista de abreviaturas e siglas

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists;

APEO - Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras;

APPT - Ameaça de Parto Pré Termo;

BO - Bloco Operatório;

CMESMO - Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia;

CTG - Cardiotocografia;

EEESMO -Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia;

FAME - Federación de Asociaciones de Matronas de España;

FIGO - International Federation of Gynecology and Obstetrics;

IG - Idade gestacional;

IO - Índice Obstétrico;

IPN - Iniciativa para o Parto Normal;

IVG - Interrupção Voluntária da Gravidez;

JBI - Joanna Briggs Institute;

OE - Ordem dos Enfermeiros;

OMS - Organização Mundial de Saúde;

RN - Recém-nascido;

RSL - Revisão Sistemática da Literatura;

TP - Trabalho de Parto;

SP - Sala de Partos;

SU - Serviço de Urgência;

UC - Unidade Curricular;

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos;

UNICEF - United Nations Children's Fund;

WHO - World Health Organization.

Resumo

A finalidade do presente relatório, referente à Unidade Curricular (UC) de estágio do CMESMO, é demonstrar o desenvolvimento competências na prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à mulher/RN/família durante os diferentes estádios do TP, puerpério e período neonatal, bem como dar a conhecer os resultados da Revisão da literatura efetuada para o desenvolvimento da competência específica.

A teoria de Enfermagem que sustentou todo o percurso formativo foi a teoria da construção do papel maternal de Ramona Mercer sendo que pretendi intervir nos fatores que influenciam a construção do papel maternal, nomeadamente nas experiências do TP. Os fatores que permitem experiências benéficas do TP, para as mulheres, incluem a perceção do controlo da dor (Mercer et al, 2006). A dor do TP é a mais intensa vivenciada pelas mulheres ao longo da sua vida (Ward & Hisley, 2009). O controlo da dor é uma das principais preocupações/medos das mulheres no TP (Caton et al, 2002).

Propus-me promover uma experiência benéfica do TP, utilizando a música como método não farmacológico de controlo da dor, desenvolvendo competências nessa área.

Foram utilizados os princípios da prática baseada na evidência e assim foi adoptada a metodologia da RSL com o intuito de obter os conhecimentos científicos mais atuais. A principal conclusão decorrente da RSL é que o uso da música é um método eficaz para o controlo da dor durante o TP.

Foi realizado, no decurso do estágio, o registo das interações com as parturientes em notas de campo que posteriormente se analisaram. Da prestação de cuidados emerge que as parturientes referem que a música lhes possibilitou uma experiência benéfica do TP.

A elaboração deste relatório permitiu-me analisar todo o percurso de aprendizagem e de desenvolvimento de competências nomeadamente sobre o uso da música como método de controlo da dor do TP.

Palavras-chave: Dor no TP, música, métodos não farmacológicos de controlo da dor, experiências das parturientes e Enfermeira obstetra.

Abstract

The purpose of this internship report, of CMESMO, is to demonstrate the skills development in specialized nursing care to Women / New Born / Family during all stages of labor, postpartum and neonatal period, and to demonstrate the results of the comprehensive systematic review conducted for nursing skills development.

The development process, on the internship, was based on Ramona Mercer's maternal role attainment theory. My aim was to promote the factors that influence the construction of the maternal role, including the experiences of the labor. The factors that allow a beneficial experience of labor for women includes the perception of pain control (Mercer et al, 2006). The labor is the most intense experience throughout women's life (Ward & Hisley, 2009). Pain control is one of the main concerns / fears of women in labor (Caton et al, 2002).

I intended to promote a beneficial experience of labor, using music as a non-pharmacological pain control method, developing skills in this area.

The evidence-based practice principles and the comprehensive systematic review methodology was adopted in order to get the most current scientific knowledge. The main conclusion from comprehensive systematic review was that the use of music is an effective method for the control of pain during labor.

During nursing care, the interactions with parturients was recorded as field notes and later analyzed. From nursing care emerges that the mothers reported that music enabled them a beneficial experience of labor.

This report has allowed me to analyze all the learning and skills development in particular on the use of music as a labor pain control method.

Keywords: labor pain, music, non-pharmacological pain control methods, parturient experience and Obstetric nurse.

Índice

INTRODUÇÃO	10
1. QUADRO DE REFERÊNCIA	14
1.1 Dor no TP.....	14
1.2 Métodos não farmacológicos de controlo da dor no TP.....	16
1.3 O uso da música como método de controlo da dor no TP.....	17
1.4 Cuidar da parturiente/ acompanhante no TP.....	21
1.5 Teoria da Construção do Papel Maternal – Ramona Mercer.....	22
2. METODOLOGIA DO PROCESSO FORMATIVO	25
2.1 Considerações éticas.....	26
2.2 Revisão Sistemática da Literatura.....	28
2.2.1 Principais dados da Revisão Sistemática da Literatura.....	31
2.3 Metodologia para o desenvolvimento de competências no uso da música como método de controlo da dor no TP.....	33
3. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO EEESMO	35
3.1 O uso da música como método de controlo da dor no TP.....	35
3.1.1 Experiências das parturientes quanto ao uso da música, como método não farmacológico de controlo da dor do TP.....	37
3.2 Competência H2. “ <i>Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal</i> ”.....	40
3.3 Competência H3 “ <i>Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto</i> ”.....	46
3.4 Competência H4: “ <i>Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal</i> ”.....	62
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
5. BIBLIOGRAFIA	70
ANEXOS	
- Anexo 1 <i>MAStARI critical appraisal tools</i>	
- Anexo 2 <i>QARI critical appraisal tools</i>	
- Anexo 3 <i>MAStARI Data extraction tools</i>	
- Anexo 4 <i>QaRI Data extraction tools</i>	

Índice de tabelas

Tabela 1. Definição da questão de pesquisa	28
Tabela 2. Bases de dados e descritores da pesquisa	28
Tabela 3. Critérios de inclusão e exclusão da pesquisa.....	29

INTRODUÇÃO

Integrada no 6º CMESMO a UC Estágio com Relatório tem como finalidade o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados à mulher/RN/família, nos diferentes estádios do TP, puerpério e período neonatal.

A UC de Estágio com Relatório decorreu de 29 de fevereiro a 29 de julho de 2016, numa Instituição de Saúde de Lisboa em contexto de Sala de Partos.

O presente relatório pretende analisar o desenvolvimento de competências específicas do EEESMO relativas à prestação de cuidados em contexto de SP definidas no (Regulamento nº127/2011):

“H2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré- natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

H3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina.

H4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós- natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.”

Este relatório pretende também analisar o desenvolvimento de competências definidas pelo IMC nomeadamente competência nº 4 *“Presta cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, conduz um parto seguro e resolve determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos”* (IMC, 2013 p. 11).

Integrado nestas competências está o controlo da dor no TP, sendo que seleccionei desenvolver competências ao nível dos métodos não farmacológicos de controlo da dor do TP, especificamente sobre o uso da música. Pretendi assim desenvolver competências na prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Materna e Obstetrícia relativamente à utilização da música como método não farmacológico de controlo da dor no TP.

A Dor no TP é o principal fator gerador de ansiedade/receio para a parturiente/acompanhante. No nascimento, momento marcante, é fundamental promover a redução dos receios e ansiedade. Os métodos de controlo não farmacológicos da dor podem ajudar a parturiente a lidar e a diminuir a dor e o desconforto no TP (Lowdermilk & Perry, 2008). Por outro lado, o uso de analgesia e anestesia durante o TP pode aumentar a mortalidade materna e fetal (Ward & Hisley, 2009).

Em 1996, a OMS elaborou um documento sobre a diferenciação dos cuidados à parturiente e família. O objetivo era propor recomendações sobre as intervenções que deveriam, ser utilizadas para apoiar o processo de parto normal, independentemente do país ou de uma região específica. *“Parto natural significa que não existe a introdução de fármacos no organismo materno durante o parto”* (Ward & Hisley, 2009, p. 299).

A OMS, nesse documento, definiu que se deveria recorrer a métodos não invasivos, não farmacológicos, de controlo da dor no TP. Como exemplo a liberdade de posição e de movimentos da mulher e o uso da música durante o TP (WHO, 1996). Os profissionais de saúde têm de ajudar as mulheres a lidar com a dor do parto, sendo que os métodos de controlo da dor mais efetivos são os de abordagem não farmacológica (WHO, 1996).

Em 2009 a Iniciativa para o Parto Normal (IPN) veio reforçar a necessidade de informar as grávidas/parturientes/acompanhantes sobre os métodos não farmacológicos de controlo da dor, em detrimento dos métodos farmacológicos. Referiu ainda, que durante o TP é primordial ajudar a parturiente a lidar com a sua dor, para isso a abordagem e utilização dos métodos não farmacológicos é fundamental.

Em 2010 a OE no documento *“Pelo direito ao Parto Natural”* refere que os Enfermeiros devem proporcionar métodos de conforto e de alívio da dor durante o TP (OE, 2010). Porém, em Portugal, os métodos não farmacológicos de controlo da dor durante o TP são um recurso ainda pouco utilizado (OE, 2010).

Relativamente à Enfermagem, o Enfermeiro Especialista, definido pela OE, é aquele que, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde, apresenta conhecimentos numa área específica de Enfermagem, demonstrando níveis elevados de raciocínio clínico e tomada de

decisão, baseados num corpo de competências especializadas (Regulamento nº127/2011). Deste modo considero que o EEESMO é o profissional mais habilitado para abordar os métodos não farmacológicos de controlo da dor, bem como para os executar.

A prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados baseia-se na Enfermagem Avançada que *“significa maior competência para o desempenho centrado numa lógica conceptual e concretizada pela inter-relação pessoal – baseada em teorias de enfermagem”* (Silva A. , 2007, p. 18). Deste modo a teoria que sustenta o meu processo formativo e a minha prestação de cuidados é a Teoria da Construção do Papel Maternal de Ramona Mercer. Esta teoria refere que na construção do papel maternal é fundamental uma experiência benéfica do parto. O que determina e influencia uma boa experiência do parto é a forma como se lida com a dor (OE, 2010). Assim na minha prestação de cuidados de Enfermagem Especializados pretendi desenvolver competências na utilização da música como método não farmacológico de controlo da dor do TP, contribuindo para uma experiência benéfica do TP para as parturientes intervindo na construção do papel maternal.

Este documento, baseado nos princípios do pensamento reflexivo, pretende descrever e refletir sobre o percurso formativo e o desenvolvimento de competências durante a UC Estágio com Relatório. Pretende ainda analisar as experiências das parturientes relativamente ao uso da música, refletir sobre os resultados relativos ao uso da música, enquanto método não farmacológico de controlo da dor no TP, fator interveniente na experiência benéfica do TP e na construção do papel maternal bem como analisar a sua importância na prestação de cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Materna e Obstétrica.

Este Relatório está estruturado em quatro capítulos. Inicia-se com o Quadro de Referência onde apresento o enquadramento do estado da arte sobre a Dor no TP, os métodos não farmacológicos de controlo da dor no TP e o uso da música no TP. Neste capítulo abordo ainda o tema Cuidar da Parturiente e acompanhante durante o TP e a teoria da construção do papel maternal de Ramona Mercer. Seguidamente a Metodologia do processo formativo. Segue-se a Reflexão sobre desenvolvimento de competências do EEESMO, onde apresento os resultados da RSL e os resultados da prestação

de cuidados para cada competência. Termino com as Considerações Finais onde sistematizo o desenvolvimento de competências, as conclusões da prestação de cuidados durante o Estágio relativos às experiências das parturientes quanto ao uso da música e a pertinência atual e futura da temática para os cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Materna e Obstetrícia.

1. QUADRO DE REFERÊNCIA

Este quadro de referência foi construído através da pesquisa em livros e em periódicos de referência.

1. 1 Dor no TP

O parto é um momento muito especial e único na vida da mulher e do acompanhante, contudo acarreta preocupações e medos, do desconhecido, da perda de controlo, de possíveis complicações e sobretudo o medo da dor (Lowdermilk & Perry, 2008). A dor surge assim como um elemento fundamental a ser controlado no TP.

A dor é uma experiência complexa e multidimensional que pode ser definida como o que a pessoa está a experienciar e diz que é. É uma experiência sensorial e emocional desagradável atual ou em resultado de um dano/ferimento (Ward & Hisley, 2009).

A dor experimentada pelas mulheres durante o TP é o produto de uma acumulação de estímulos fisiológicos, psicológicos e socioculturais (OE, 2010). É uma sensação desagradável habitualmente localizada na região dorsal e no abdómen (Ward & Hisley, 2009). Esta é descrita como a dor mais intensa vivenciada pelas mulheres (Melzack, 1993).

A dor no TP é a única dor descrita como um processo normal, fisiológico, que alerta a mulher para o nascimento do seu filho (Trout, 2004).

É, assim, uma experiência universal nas parturientes. As nulíparas sentem dor intensa durante os estádios iniciais do TP, enquanto as múltiparas sentem dor intensa nos últimos estádios (Leeman et al, 2003).

A dor no TP é influenciada por muitos fatores como: a idade da grávida, o estatuto socioeconómico, o grau académico, o estado de saúde, experiências anteriores, suporte social e familiar e pode ser intensificada pelas emoções nomeadamente pela ansiedade e o medo (Ward & Hisley, 2009). A ansiedade materna durante o parto desencadeia a liberação de catecolaminas, que intensificam a dor (Ward & Hisley, 2009).

A dor no TP tem tanto uma origem visceral como somática. A dor visceral está relacionada com o desconforto predominante experienciado durante o primeiro estágio do trabalho de parto. A dor sentida é devida às

contrações uterinas que conduz à dilatação e o apagamento do colo uterino bem como à distensão do segmento inferior do útero. Durante cada contração as artérias que nutrem o miométrio são comprimidas e causam isquemia uterina. Após cada contração verifica-se um período de alívio, porém algumas mulheres podem sentir dor continua. É uma dor visceral, profunda, lenta e geralmente de difícil localização pois é sentida ao longo do abdômen inferior. Pode ainda irradiar para a região lombar e coxas (Lowdermilk & Perry, 2008).

Durante o primeiro estágio do TP, os impulsos dolorosos são transmitidos por fibras sensoriais que caminham juntas com os nervos simpáticos e entram na medula espinal ao nível de T10, T11, T12 e L1 (Brazão, 2010).

Durante o segundo estágio do TP, os impulsos nervosos são transmitidos via nervo pudendo, através dos segmentos nervosos espinhais de S1-4 e pelo sistema nervoso parassimpático. Assim, nesta fase, a dor resulta do estiramento dos tecidos perineais e do pavimento pélvico, para permitir a passagem do feto, distensão e a tração do peritoneu e dos ligamentos útero-cervicais, que acontece durante as contrações, assim como as lacerações nos tecidos moles (colo, vagina e períneo). Pode, ainda, ser sentido desconforto relacionado com os esforços expulsivos pela pressão exercida, pela apresentação fetal sobre a bexiga e pelo intestino ou outras estruturas pélvicas sensíveis (Brazão, 2010). A dor somática, sentida neste estágio, esta associada com o alongamento e distensão perineal bem como à pressão fetal sobre as estruturas pélvicas. É uma dor rápida, bem localizada e intensa, descrita como picada, queimadura e ocorre durante o segundo estágio do TP (Ward & Hisley, 2009).

Durante o terceiro e quarto estádios do TP a dor sentida é semelhante à dor do primeiro estágio do TP, visceral, que também esta associada às contrações uterinas (Ward & Hisley, 2009). A puérpera pode, ainda, sentir uma sensação de ardor perineal, devido à distensão e laceração dos tecidos (Lowdermilk & Perry, 2008).

De acordo com a teoria “*gate control*” de (Melzack & Wall, 1965), a dor viaja ao longo das vias nervosas sensoriais até ao cérebro, mas apenas um número limitado de mensagens pode passar através das vias nervosas. Alguns fatores de ação física e psicológica podem “fechar a porta” na medula

espinhal, que se localiza no corno dorsal da espinal medula, inibindo assim as sinapses neurais o que leva à redução completa ou ao bloqueio do mecanismo da dor (Melzack & Wall, 1965). São eles, métodos de relaxamento e de dessensibilização como padrões de respiração, massagem, música e o uso de pontos focais e imagens (Melzack & Wall, 1965). Deste modo estes métodos são benéficos quando utilizados durante o TP.

Apesar das alterações anatómicas inerentes ao TP, que justificam a dor da parturiente, é fundamental, porque se trata de um fenómeno multidimensional, que a sua abordagem deva ser direccionada por intervenções e estratégias farmacológicas e não farmacológicas, possibilitando uma resposta global e eficaz ao alívio/controlo da dor que a parturiente vivencia.

1.2 Métodos não farmacológicos de controlo da dor no TP

A total ausência de dor não significa necessariamente uma experiência mais benéfica para as parturientes, o controlo da dor é sim mais benéfico e deve ser individualizado (Smith, Collins, & Crowther, 2010). Caso a dor do TP não seja controlada pode levar a efeitos adversos na parturiente (aumento da frequência cardíaca, aumento da tensão arterial, aumento da frequência respiratória e das necessidades de oxigénio, aumento dos níveis de cortisol e glucagon com alterações metabólicas e prolongamento e mesmo paragem na progressão de trabalho de parto) e no feto. Bem como gerar o sentimento de perda de controlo emocional e de desespero o que pode criar uma experiência traumática do parto o que pode conduzir a *stress* pós traumático e depressão pós-parto (Reynolds, 1997).

Os métodos de controlo da dor são a principal preocupação das parturientes e suas famílias. Têm implicações no decorrer do TP bem como na qualidade nas experiências e nos custos do parto (Caton et al, 2002).

Durante o TP podem ser utilizados métodos farmacológicos e não farmacológicos de controlo da dor. A maioria das grávidas pretende evitar os métodos farmacológicos ou invasivos (Smith, Collins, & Crowther, 2010).

Hoje em dia verifica-se um novo paradigma, o controlo da dor com os métodos não farmacológicos. Estes têm mais benefícios para o acompanhante e bebé. As parturientes que utilizam estes métodos têm partos menos dolorosos e assim um maior nível de satisfação e uma melhor experiência do seu parto (Smith, Collins, & Crowther, 2010).

Os métodos não farmacológicos de controlo da dor são cada vez mais atrativos para as parturientes, pois promovem, a calma e a tranquilidade, possibilitando uma participação mais ativa da mulher no TP, um maior controlo sob o seu corpo e, também, um maior apoio do acompanhante neste processo fisiológico (Simkin & O'Hara, 2002).

Os métodos não farmacológicos de controlo da dor incluem um vasto conjunto de técnicas orientadas para melhorar as sensações físicas e assim diminuir a perceção psico-emocional da dor (Lowdermilk & Perry, 2008). São eles a liberdade de movimentos; os métodos de estimulação cutânea (contrapressão, *effleurage*, toque terapêutico e massagem, aplicação de calor ou frio, hidroterapia, acupressão, acupunctura, estimulação elétrica nervosa transcutânea, bloqueio intradérmico com água); e os métodos de estimulação (Augé, 2009) sensorial (utilização da música, estimulação por aromas, concentração e relaxamento, técnicas respiratórias, preparação para o nascimento, hipnose e o *biofeed-back*) (Lowdermilk & Perry, 2008).

1.3 O uso da música como método de controlo da dor no TP

A música é uma forma de linguagem universal que está presente em qualquer época e cultura. É assim considerada como um meio de expressão e comunicação universal. Além disso, proporciona às pessoas diferentes reações psicológicas. A música é capaz de aumentar a autoestima, melhorar a interação entre membros de um grupo e promove a saúde ao prevenir e ao complementar o tratamento de doenças (Padilha, 2008).

Na Grécia antiga, Apolo era simultaneamente deus da medicina e da música e assim desde aí que estas estão em união (Junior & al, 2012).

Na Enfermagem a primeira referência sobre a utilização da música, como cuidado, surgiu, em 1859, com Florence Nightingale, já no século XX, a Enfermeira Isa Maud Ilse e a Enfermeira Harriet Ayer Seymour utilizavam-na nos cuidados aos feridos da I e II guerras mundiais (Leão & Silva, 2004).

A música, quando usada para fins terapêuticos, não só contribui para a humanização dos cuidados em saúde, mas também é uma forma criativa, inovadora e simples para controlo da dor psíquica e física (Backes & al, 2003).

Após a exposição a músicas, selecionadas segundo gosto pessoal, verificou-se a diminuição da dor e a ansiedade no período pré-operatório e pós-operatório conjuntamente com a diminuição da necessidade de administração analgésicos (Junior & al, 2012).

Nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, a presença de música ritmada e harmónica alivia a dor, física e emocional e interage nos parâmetros hemodinâmicos, tais como a frequência cardíaca, a pressão arterial e a temperatura corporal. Promove também a regularização do ritmo respiratório, do sono e o relaxamento muscular nos Recém-nascidos (Silva & al, 2013).

A música pode ser terapêutica sem ser terapia (Bergold, 2003). O uso da música como cuidado é diferente da musicoterapia. A música utilizada na saúde como cuidado é um método complementar que tem como finalidade atingir o equilíbrio, bem-estar, conforto e alívio da dor (Leão, 2002). A musicoterapia é uma terapia utilizada por um musicoterapeuta para atingir um determinado objectivo (Augé, 2009).

Todos profissionais de saúde interessados podem utilizar a música (Bergold, 2003). O uso da música como cuidado deve ter em conta os seguintes factores: tempo, ritmo, melodia, frequência, amplitude e volume das músicas (Augé, 2009).

As músicas com ritmo ou batidas fortes promovem o movimento, a actividade. Já as músicas com ritmo calmo e lento promovem a calma e a tranquilidade. Por outro lado músicas com altas amplitudes ou ouvidas com volume alto fomentam estádios de alerta provocando atenção e agitação, já as músicas de baixa amplitude proporcionam relaxamento e estados de calma. Músicas com altas frequências induzem *stress* e músicas com baixas frequências promovem o relaxamento (Wigram&Grocke, 2007).

Deste modo, a música proporciona uma série de benefícios como o conforto, a expressão de sentimentos, a redução da ansiedade ou *stress*, o aumento da auto-estima e estabelecimento de contacto ou comunicação com outras pessoas (Bruscia, 1998). Ela desloca o foco de atenção, proporcionando um ambiente propício ao relaxamento e abstração (Bergold, 2003). É difícil encontrar uma zona do corpo humano que não possa ser estimulada pela música, atuando de forma direta sobre as células e órgãos que o constituem e também indiretamente na mobilização de emoções, influenciando numerosos processos corporais que, por sua vez, propiciam relaxamento e redução da percepção da dor (Backes & al, 2003).

A música cria uma semiologia sonora, estimula a glândula pituitária a aumentar os níveis séricos de serotonina, neurotransmissor responsável pela promoção do relaxamento psicológico e bem-estar, aumenta os níveis de acetilcolina que diminui a Tensão arterial, a frequência cardíaca e respiratória e diminui os níveis séricos de catecolaminas o que produz uma diminuição da função do córtex frontal direito que permite controlar estados severos de dor (Cruz et al. 2003)

Assim o uso da música tem sido descrito na literatura como tendo um efeito benéfico no controlo da dor. A música pode ser utilizada pelos profissionais de saúde que estejam interessados em proporcionar conforto, acolhimento, aconchego, prazer e segurança, contribuindo para o equilíbrio da sua saúde (Bergold, 2003).

A música pode ajudar a criar um ambiente relaxante e confortável, durante o parto. A música proporciona conforto e diminui a ansiedade materna (Bergold, 2003). O uso da música durante o TP ao diminuir o *stress* e a ansiedade materna, acalma a parturiente e melhora o bem-estar materno (Martin, 2014).

A música percebida como reconfortante durante o TP promove o relaxamento materno. Algumas mulheres referem que a música aumenta a sua capacidade de se manter focadas durante as contrações o que as ajuda a terem boa percepção do seu parto (Ward & Hisley, 2009).

A música ao ser utilizada durante o TP permite controlar a dor (Browning, 2000). Ouvir música durante o TP diminui os níveis de dor, melhora a sensação de bem-estar psicológico e ajuda a parturiente a maior controlo

sobre a sua respiração promovendo os movimentos respiratórios regulares e profundos o que ajuda a diminuir o stress (Simkin & Bolding, 2004).

Relativamente ao recém-nascido a música permite acalmá-lo pois estabiliza a tensão arterial, o batimento cardíaco e a respiração, melhorando a saturação periférica de oxigénio (Martin, 2014).

Atualmente, como consequência do desenvolvimento da tecnologia informática, a acessibilidade à música é maior e mais facilitada (Bergold, 2003). No meio hospitalar os leitores de cd, ipad e os telemóveis são boas opções e os casais devem ser incentivados a utilizar e a escolher a música. Cada indivíduo desenvolve ao longo da sua vida uma sensibilidade musical (Martin, 2014). É imperiosa a necessidade de atender à preferência musical do indivíduo, ouvindo a música que ele prefere, exponencia o efeito terapêutico da mesma (Benenzon, 1988). Torna-se assim de extrema relevância ao utilizar a música como método não farmacológico de controlo da dor no TP atender às preferências musicais.

Durante o TP, a música suave/de relaxamento é a melhor opção (Martin, 2014). Porém são vários os tipos de música utilizados em contexto de TP referidos por vários autores que têm benefícios: os sons da natureza (Wigram&Grocke, 2007), a *new age music* (Brownig, 2000) e (Wigram & Grocke, 2007) e a música clássica (Brownig, 2000) e (Wigram e Grocke, 2007).

Desta forma a música enquanto método não farmacológico de controlo da dor no TP constitui-se como um recurso acessível, versátil e com contribuição terapêutica.

1. 4 Cuidar da parturiente/ acompanhante no TP

O TP é um momento exigente para a parturiente/acompanhante. *“Uma vez que o parto é o culminar da gravidez, parece correto que a experiência da gravidez devesse acabar tal como começou, num momento íntimo, partilhado entre o homem e a mulher que estão a criar juntos uma nova vida”* (Colman & Colman, 1994, p. 37). Assim ele representa o final da gravidez, o início da vida extra-uterina do bebé e muitas mudanças na vida do acompanhante. É um processo que tem como finalidade expulsar o feto e os anexos. Para a generalidade das grávidas inicia-se com a primeira contração uterina, continua durante intensas horas de dor e termina quando a mulher e acompanhante iniciam o processo de vinculação ao bebé (Lowdermilk & Perry, 2008).

O TP implica um estado de dependência parcial, que associado a cada vivência constitui um dos principais motivos que transforma a experiência do parto, de algumas mulheres, em experiências negativas e traumatizantes (Coutinho, 2000).

A atitude da mulher face à maternidade/TP é bastante variável, existindo contudo uma enorme carga de sentimentos e emoções, independentemente da sua exteriorização, variando de acordo com o padrão de cada sociedade (Mendes, 1991). Todas as parturientes têm dúvidas e receios, o medo do desconhecido, o medo de ter um filho defeituoso ou nado-morto, o medo de não conseguir cuidar do filho e o medo da dor (Mendes, 1991).

Os Cuidados de Enfermagem centram-se na avaliação e apoio à parturiente, bem como à, pessoa significativa de forma a garantir os melhores resultados possíveis, uma boa experiência do parto para a mulher sem complicações, promovendo a vinculação da díade/tríade (Lowdermilk & Perry, 2008).

No TP é necessário que os Enfermeiros criem um clima propício ao estabelecimento de uma relação terapêutica, que deve maximizar a participação da parturiente, preservar a privacidade, minimizando e interpretando o sofrimento e selecionando estratégias apropriadas providenciando métodos de conforto e controlo da dor (Coutinho, 2000).

O Enfermeiro encontra-se numa situação privilegiada para compreender a experiência da Dor (Benner, Tanner, & Chesla, 2009), e o significado que a parturiente imprime a essa experiência, pelo que deve selecionar estratégias apropriadas para lidar e controlar a dor (a relação terapêutica, o toque, a respiração, técnicas de relaxamento, entre outros).

Desta forma, o Enfermeiro durante o TP tem de interpretar todos os sinais que a parturiente/acompanhante emana para promover uma experiência positiva, agindo assim como agente facilitador da construção da identidade maternal.

1.5 Teoria da Construção do Papel Maternal - Ramona Mercer

O Papel Maternal é um processo, que implica interação e desenvolvimento, no qual a mãe adquire competências para cuidar do seu filho e conseqüentemente se liga a ele. É uma mudança para um estado pessoal no qual a mãe sente confiança e competência ao cuidar do seu filho e a construir a sua identidade maternal (Mercer, 1981).

A construção do papel maternal é conseguida quando a mãe sente bem-estar interior relativamente ao papel que está a desempenhar e as suas expectativas. Existem três componentes principais deste papel: Ligação ao bebé; Obtenção de competência nos comportamentos de maternidade e a expressão de recompensas nas interações materno-infantis (Mercer, 1986). Desta forma, à medida que a mulher vai sentindo que os outros aceitam a sua performance, sente congruência consigo mesma e com os desafios da maternidade e, deste modo, o papel maternal vai sendo solidificado.

Existem vários fatores maternos e da criança que influenciam a construção do papel maternal. Estes fatores são o *stress*, a personalidade e o autoconceito materno, a idade no primeiro parto, as experiências do parto, a primeira separação materna da criança e a forma de educar constituem. Relativamente aos fatores da criança, os fatores que influenciam a formação do papel maternal (Mercer, 1985) são a personalidade, a aparência física, as reações e o estado de saúde.

A construção do papel maternal implica uma adaptação biológica, psicológica e social da mãe ao longo de quatro fases. A primeira é a fase antecipatória que começa na gravidez, onde a mulher tem expectativas e inicia o ajustamento psicológico e social à mesma. Começando a fantasiar como vai desempenhar o papel de mãe. A segunda fase é a formal que se inicia com o nascimento do bebê onde a mãe começa a desempenhar o papel maternal. Estes comportamentos iniciais são sustentados pelas expectativas e pela identificação que criou com o papel da sua mãe e familiares próximas (tias, irmãs). A terceira fase começa quando a mulher adequa o seu papel maternal ao seu estilo de vida tendo em conta objetivos futuros. A última fase é a pessoal e ocorre à medida que a mulher interioriza o seu papel maternal e experiencia bem-estar, prazer e satisfação consigo (Mercer, 1990). Assim o papel maternal é um processo que evolui à medida que a mulher adquire e desenvolve novas competências e confiança em si e no seu sucesso face a novos desafios.

Esta teoria concebe a construção do papel maternal como a interação entre três sistemas: o macrossistema, o mesossistema e o microssistema, que estão em permanente ação sobre a unidade mãe-bebê (Mercer, 1995).

O Macrossistema diz respeito aos elementos culturais e sociais, tratam-se das influências sociais, políticas e culturais existentes ou transmitidas. O Mesossistema engloba as entidades da comunidade em que a mãe está integrada, inclui a família alargada, o emprego, o apoio social, a entidade religiosa. O Microssistema é o sistema que tem mais influência no papel maternal, nele estão o pai a mãe e o bebê e todas as interações entre eles (Mercer, 1995).

Para Mercer os Enfermeiros são profissionais que têm uma interação mais sustentada com as mulheres no período da maternidade (Mercer, 1981). Todos os cuidados que a mulher recebe durante a gravidez, parto e no primeiro ano pós-parto têm efeito a longo prazo para ela e para o bebê (Mercer, 1995).

Assim todos os Enfermeiros que prestam cuidados durante esse período desempenham um papel muito importante na construção do papel maternal. Ao longo da construção do papel maternal as mães lidam com as suas fantasias, aceitam a realidade e completam os desafios ajustando-se. Os Enfermeiros têm um papel fundamental nestas tarefas (Mercer, 1981).

O nascimento é a entrada formal na maternidade, assumindo-se assim como um momento fundamental da construção do papel maternal (Mercer, 1985). Aliás uma das primeiras tarefas é rever os eventos do TP e refletir sobre as diferenças entre a realidade e as expectativas de modo a integrar essas experiências (Mercer, 1981). Algumas mulheres percebem o seu desempenho durante o TP como um indicador do seu desempenho futuro enquanto mães (Mercer, 1985). Assim, enquanto as mulheres não lidarem e integrarem as experiências do parto pode existir algum grau de incongruência que pode não ser benéfico. As experiências do Trabalho de parto constituem-se desta forma como um elemento fundamental na construção do papel maternal sendo que a uma experiência do trabalho de parto conotada como positiva permite benefícios futuros. O apoio e as informações sobre como controlar todo o momento do TP permitem pensamentos e experiências mais positivas do parto, agindo assim para o sucesso da construção do papel maternal (Mercer, 1985). Desta forma os cuidados prestados pelo EEESMO devem privilegiar estes aspetos de forma a promover uma experiência benéfica do TP e assim a construção do papel maternal.

Relativamente às experiências do TP, as mulheres que receberam vários fármacos durante o TP referem ter tido experiências mais dolorosas e desagradáveis, assim a analgesia e a anestesia tem consequências negativas na experiência do TP (Mercer et al, 2006). Os fatores que permitem experiências benéficas para as mulheres incluem a percepção do controlo da dor, para isso devem ser instituídos alguns aspetos importantes, tais como a preparação para o parto, o apoio do companheiro e os métodos não farmacológicos de controlo da dor (Mercer et al, 2006).

Desta forma, utilizei esta teoria como sustentação dos meus Cuidados de Enfermagem Especializados ao longo do meu percurso formativo e profissional.

Pretendi assim intervir nos fatores que influenciam a construção do papel maternal tanto na fase antecipatória como na fase formal, nomeadamente na promoção de uma experiência benéfica do TP, utilizando a música enquanto método não farmacológico de controlo da dor.

2. METODOLOGIA DO PROCESSO FORMATIVO

Durante o processo formativo tive acompanhamento contínuo de uma Docente Orientadora da ESEL e durante a realização do Estágio de um EEESMO da Instituição de saúde do local de estágio.

No processo formativo na UC estágio com relatório, o desenvolvimento das competências foi permitido através da mobilização dos conhecimentos do Quadro de Referência anteriormente referidos, dos conhecimentos desenvolvidos durante o todo o CMESMO e da prestação de cuidados de Enfermagem Especializados.

Durante o estágio nos cuidados à mulher/acompanhante utilizei como fundamento que *“os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue”* (Regulamento nº127/2011 p.8662). Assim prestei cuidados à mulher/acompanhante respeitando-os como pessoas únicas que fazem parte de uma sociedade com contextos políticos, económicos, sociais e espirituais específicos. Baseei-me também na seguinte definição das intervenções de Enfermagem Especializadas *“intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher”* (Regulamento nº127/2011 p.8662).

Sendo que a UC Estágio com Relatório tem como finalidade desenvolver competências na prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Materna e Obstetrícia no contexto de SP, pretendi desenvolver as competências específicas do EEESMO relativas às prestação de cuidados em contexto de SP definidas no (Regulamento nº127/2011):

“H2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré- natal;

H3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;

H4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.”

Pretendi também desenvolver competências na utilização da música como método não farmacológico de controlo da dor do TP, contribuindo para uma experiência benéfica do TP para as parturientes intervindo na construção do papel maternal. A descrição da metodologia subjacente ao desenvolvimento desta competência encontra-se descrita no subcapítulo 2.2.

A descrição dos cuidados prestados relativos a cada competência e a consequente reflexão do desenvolvimento das competências será apresentado no Capítulo Reflexão sobre desenvolvimento de competências do EEESMO.

O Enfermeiro Especialista, definido pela OE, é aquele que, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde, apresenta conhecimentos numa área específica de Enfermagem, demonstrando níveis elevados de raciocínio clínico e tomada de decisão, baseados num corpo de competências especializadas (Regulamento nº127/2011). Tendo em conta o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, a minha prestação de cuidados especializados foi baseada na procura contínua da qualidade e em conhecimentos válidos e sólidos. Assim realizei uma RSL para obter os conhecimentos mais atuais sobre a temática seleccionada que apresento no capítulo seguinte após as considerações éticas.

2.1 Considerações éticas

A minha prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados durante a UC Estágio com Relatório foi orientada pelos princípios éticos subjacentes à Enfermagem. Os meus cuidados foram, portanto, baseados no princípio da autonomia, da beneficência/ não maleficência, da confidencialidade, da equidade e da justiça.

Assim e tendo em conta a implementação ao longo do Estágio com Relatório do uso da música, como método não farmacológico de controlo da dor no TP, teria de obter informações pessoais das parturientes e puérperas.

Planeei por isso medidas que protegessem os direitos das mesmas, baseadas no código de ética e deontologia da Enfermagem. Delineei iniciar a minha abordagem explicando o objetivo e a finalidade da minha prestação de Cuidados de Enfermagem. Obtendo em seguida o seu consentimento oral, baseado numa decisão livre e informada, para a prestação de cuidados e para o registo das suas experiências garantindo sempre a confidencialidade e anonimato dos dados obtidos. Este constituía-se assim como o critério de inclusão.

Garanti que as informações e dados obtidos quer das interações com as parturientes e puérperas quer da análise das notas de campo assegurassem a privacidade, a confidencialidade e o anonimato.

Assim irei apresentar os resultados sob a forma representativa promovendo o anonimato e a confidencialidade.

2.2 Revisão Sistemática da Literatura

Com o intuito de obter o conhecimento científico mais atual segui a metodologia da RSL. Formulei uma a questão em formato PICO (Joanna Briggs Institute, 2011) para definição da questão de pesquisa (Tabela 1).

Tabela 1: Definição da questão de pesquisa

População	Parturientes
Fenómeno de Interesse	Vantagens do uso da música
Contexto	Trabalho de parto

Obtive a questão de pesquisa: Quais as vantagens para as parturientes do uso da música enquanto método não farmacológico de controlo da dor no TP?

Conjuguiei os termos da questão PICO com os decorrentes do Quadro de Referência e obtive os descritores indexados às bases de dados. O cruzamento dos descritores foi realizado nos motores de busca b-on e EBSCOhost, com seleção das bases de dados CINAHLplus e MEDLINEplus (Tabela 2).

Tabela 2 – Bases de dados e descritores da pesquisa

Motor de Busca/Base de dados		Descritores indexados e Operadores booleanos
b-on		<i>trabalho de parto</i> AND <i>música</i>
EBSCOhost	CINAHLplus	<i>music</i> AND <i>labor OR labor pain</i>
	MEDLINEplus	<i>music</i> AND <i>benefits</i> AND <i>labor OR labor pain relief</i>

Foram definidos os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa (Tabela 3).

Tabela 3 – Critérios de inclusão e exclusão da pesquisa

	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Tipo de Estudo	Estudos qualitativos ou quantitativos publicados desde 2010, com acesso ao texto integral, escritos em Inglês, Português ou Espanhol.	Todos os artigos, estudos e textos que não apresentem metodologia; Estudos publicados antes de 2010; Estudos escritos noutras línguas que não o Inglês, Português ou Espanhol; Estudos repetidos nas bases de dados.
População	Parturientes	Casais, homens e mulheres não parturientes
Fenómeno de Interesse	Estudos que utilizem o uso da música no controlo da dor do TP.	Estudos em que a música não seja aplicada durante TP.
Contexto	TP	Outros momentos sem ser o TP.

O processo de pesquisa e seleção dos estudos está demonstrado no diagrama da página seguinte.

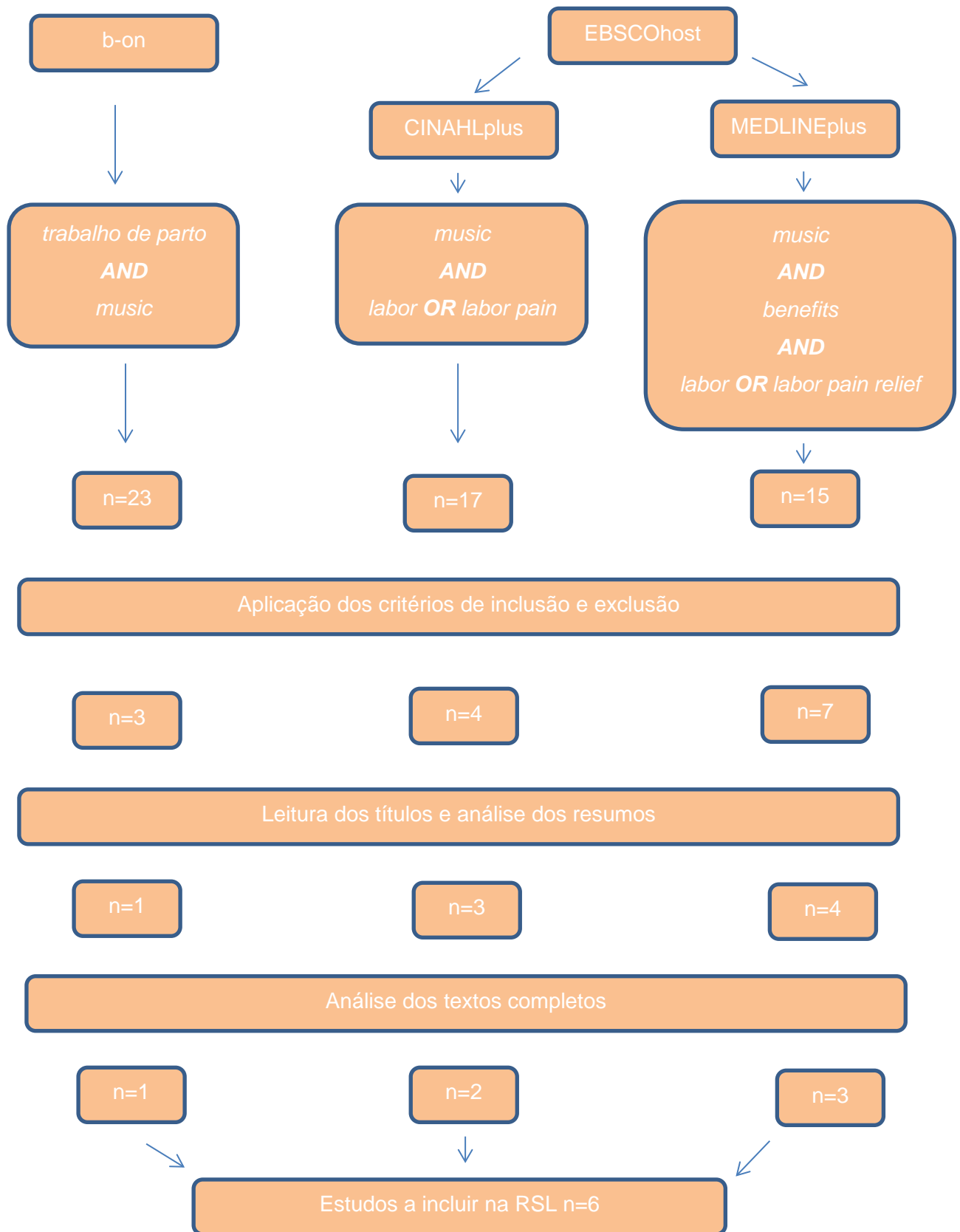


Diagrama 1 – Processo de pesquisa e seleção dos estudos da RSL

Após a leitura do texto integral dos estudos obtidos, submeti os estudos à aplicação dos instrumentos de apreciação do JBI, os estudos quantitativos – o *MAStARI critical appraisal tools* (Anexo 1), os estudos qualitativos o *QARI critical appraisal tools* (Anexo 2). Todos os estudos foram utilizados na RSL pois após a aplicação dos instrumentos atingiram um score superior a 6. Os estudos obtidos são de nível de evidência 3 de acordo com os critérios do JBI (Joanna Briggs Institute, 2011).

A fim de obter os dados de cada estudo, baseei-me nos *Data extraction tools* do JBI - o *MAStARI Data extraction tools* (Anexo 3) e o *QARI Data extraction tools* (Anexo 4) e desenvolvi o quadro de extracção de dados quantitativos e o quadro de extracção de dados qualitativos.

2.2.1 Principais dados da Revisão da Literatura

Em seguida apresento, sintetizadas, as conclusões obtidas da análise dos estudos da RSL, que se constituíram como fundamentação da minha prestação de cuidados de Enfermagem Especializados ao longo da UC Estágio com Relatório.

A música é um método benéfico para controlar a dor do TP, foi esta a principal conclusão de (Liu, Chang e Chen, 2010). Neste estudo as participantes que ouviam música pré-selecionada de natureza calma, com pouca variação de ritmo ou volume, na fase latente do TP, referiam níveis inferiores de dor.

O estudo realizado por (Tabarro et al, 2010) vem demonstrar que a música permite às participantes níveis inferiores de dor durante todo o TP. Também (Leodoro et al, 2013) concluíram que depois de ouvirem música as participantes referiam experienciar níveis inferiores de dor durante todo o TP. As participantes que sentiam dor severa durante a fase ativa do TP referiram que após a utilização da música a dor diminuiu para moderada e ligeira. O estudo de (Hosseini, Bagheri & Honarparvaran, 2013) vem corroborar que o uso da música diminuiu a dor na fase ativa do TP e atua na progressão do TP,

reduzindo a sua duração. (Simavli et al, 2014, (a)) e (Simavli et al, 2014, (b)) vêm confirmar as conclusões dos estudos anteriores referindo que ao ouvir música, selecionada pelas participantes, a experiência de dor durante todo o TP diminui. Este estudo verificou também que a necessidade de analgesia após a expulsão do RN e no pós-parto era inferior, pois quando as participantes ouviam música durante e após o TP, referiam níveis inferiores de dor e não pretendiam analgesia. Verificaram ainda que a música calma tem um efeito estabilizador nos parâmetros vitais maternos e fetais durante o TP e diminuía os níveis de ansiedade.

(Liu, Chang e Chen, 2010) também concluíram que as participantes que ouviram música apresentavam menores níveis de ansiedade, referiam ainda maior capacidade de estar focadas e obtinham um maior relaxamento pois tinham um aumento da temperatura periférica (indicador de relaxamento). Este aspeto também é corroborado por (Tabarro et al, 2010) que verificaram que as participantes referiam que a música proporcionava relaxamento e um ambiente seguro, calmo, tranquilo e sensação de tranquilidade no pós-parto imediato. Este estudo refere ainda que a música possibilitou uma experiência positiva do TP às participantes.

2.3 Metodologia para o desenvolvimento de competências no uso da música como método de controlo da dor do TP

Para promover o desenvolvimento de competências no uso da música como método de controlo da dor do TP defini como objetivo geral da minha prestação de cuidados especializados compreender as experiências da parturiente relativamente ao uso da música, como método não farmacológico de controlo da dor no TP. Como objetivos específicos: identificar as experiências das parturientes relativamente ao uso da música durante o TP e sensibilizar os profissionais para a implementação de cuidados que permitam o uso da música como medida não farmacológica de controlo da dor no TP.

De forma a atingir os objectivos anteriormente identificados defini os resultados esperados, as tarefas e as atividades.

A RSL possibilitou-me identificar os conhecimentos científicos mais actuais, anteriormente descritos e assim deter um corpo de conhecimentos específicos a fim de utilizar a música nos cuidados prestados à parturiente como método de controlo da dor do TP promovendo assim uma experiência benéfica do TP.

Planeei assim que a minha prestação de Cuidados de Enfermagem consistisse numa fase inicial em conhecer a parturiente/acompanhante, identificar o seu plano de parto ou quais os seus desejos/crenças/medos e expetativas, a fim de conjuntamente negociar todos Cuidados de Enfermagem centrando os cuidados em cada parturiente/acompanhante.

Desenvolvi um CD com uma playlist, baseada no Quadro de Referencia e na RSL de forma a utilizar a música durante o TP, pois a Instituição de saúde do local de estágio apesar de deter um sistema de som só tinha disponíveis as estações de rádio.

Planeei compreender as experiências das parturientes relativamente ao uso da música, como método não farmacológico de controlo da dor no TP, identificando-as durante o TP e no puerpério imediato do registo das interações enquanto notas de campo com posterior análise e reflexão para a construção

deste relatório. Construí um documento facilitador do registo das notas de campo, baseada no Quadro de Referência e nos resultados da RSL.

Com base no Quadro de Referência, nos contributos da RSL e nos conhecimentos anteriormente adquiridos e desenvolvidos durante o curso, realizei o Estágio com Relatório no Bloco de Partos de numa Instituição de saúde da região de Lisboa.

O Serviço Bloco de Partos era composto no piso térreo pelo SU que tem 2 gabinetes de triagem, uma sala de tratamentos, uma sala de exames e 3 gabinetes médicos, pela SP que tem 10 quartos individuais, no piso superior pelo BO que tem 2 salas operatórias e um serviço de cuidados pós anestésicos com 4 camas e pela UCI também com 4 camas.

Apresento em seguida a descrição e consequente análise dos cuidados prestados e do desenvolvimento de competências para cada competência desenvolvida. Começo por referir que foi um período constante de aprendizagem, com variadíssimos momentos de desenvolvimento de prática reflexiva que me permitiram o desenvolvimento enquanto futura EEESMO.

3. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO EEESMO

3.1 O uso da música como método de controlo da dor no TP

No Estágio com Relatório selecionei desenvolver competências relativamente ao uso da música como método de controlo da dor no TP. O uso da música durante o TP tem vários benefícios anteriormente descritos no Quadro de Referência. A RSL permitiu-me obter os resultados científicos mais atuais e assim adquirir conhecimentos que mobilizei durante a minha prestação de cuidados.

Verifiquei que, relativamente ao controlo da dor, a equipa de Enfermagem na SP utiliza vários métodos não farmacológicos. A equipa era apologista do uso dos métodos não farmacológicos e mobilizava-se para promover o seu uso durante o TP atendendo sempre às decisões das parturientes e acompanhantes.

Porém o uso da música era um método pouco utilizado, assim e de acordo com a Sra. Enfermeira responsável pela formação, considerei que era importante realizar uma formação em serviço sobre o uso da música. Esta sessão foi aberta a todos os profissionais da Instituição de Estágio uma vez que, a abordagem dos métodos não farmacológicos deve começar a ser realizada no período pré-natal (WHO, 1996). No final da sessão houve uma partilha de experiências de cuidados dos vários contextos da Instituição do local de estágio o que foi motivador para o uso frequente do método.

Ao longo do Estágio com Relatório pude implementar o uso da música a 33 parturientes que tiveram como acompanhante durante o TP o seu marido/companheiro. Nas restantes parturientes a quem prestei cuidados durante o TP não implementei o uso da música pois apenas pretenderam outros métodos não farmacológicos e/ou farmacológicos de controlo da dor. Demonstrei sempre respeito pela seleção e a minha prestação de cuidados centrou-se nos outros métodos de forma a promover uma experiência benéfica do TP.

As parturientes tinham idades compreendidas entre os 22 e os 39 anos. Com escolaridade mínima o 9º ano e máxima o Mestrado. Com IG entre as 36 semanas e 6 dias e as 40 semanas. 9 parturientes eram primíparas e 14 eram multíparas.

Na SP devido ao aparelho de som ser comum para todos os quartos e só disporem das estações de rádio este método não era utilizado com frequência pelos Enfermeiros. Utilizei assim o CD com uma *playlist* desenvolvida, de forma a utilizar a música durante o TP. Colocava o CD no sistema de som e ligava ou desligava nos quartos das parturientes às quais estava a implementar o uso da música. Tinha também a *playlist* no meu telemóvel para caso a parturiente quisesse ouvir a *playlist* passava-a para o seu telemóvel. Se a parturiente tivesse a sua própria *playlist* promovia o seu uso. Estas duas últimas modalidades foram as mais utilizadas, pois as parturientes controlavam o som e o que pretendiam ouvir.

Iniciava a implementação questionando se conheciam o mecanismo da dor do TP, se conheciam o uso da música durante o TP e explicava os efeitos/benefícios do uso da música no TP. Apenas 5 parturientes conheciam as vantagens do uso da música. Explicava também os restantes métodos não farmacológicos de controlo da dor. Seguidamente questionava qual pretendiam utilizar. Promovia assim a escolha e a tomada de decisão informada.

Em seguida explicava as três modalidades que permitiam utilizar a música, anteriormente descritas, cada parturiente selecionava a pretendida, promovia assim a individualização da implementação. Apenas 4 parturientes tinham uma *playlist* já construída para ouvir durante a gravidez e durante o TP sendo que promovi a sua utilização. As restantes parturientes utilizaram a *playlist* construída optando maioritariamente por ouvir músicas de todos os estilos musicais.

Durante a utilização da música frequentemente avaliava se as parturientes estavam satisfeitas com a *playlist* e incentivava a comunicar o seu desejo de suspensão ou de mudança na utilização da música. Promovia assim a individualização da intervenção bem como o respeito pelas escolhas de cada parturiente.

Durante a implementação e no puerpério imediato obtinha as experiências das parturientes relativamente ao uso da música fazendo em

seguida o registo das interações nas notas de campo (NC). Assim a minha prestação de cuidados abrangeu também a prestação de cuidados no puerpério imediato através da qual, conjuntamente com a elaboração deste relatório me permitiram compreender quais as experiências relativamente ao uso da música como método de controlo da dor durante o TP.

3.1.1 Experiências das parturientes quanto ao uso da música, como método não farmacológico de controlo da dor do TP

As experiências relatadas corroboram as evidências científicas, sendo que de um modo geral as parturientes referiram que a música lhes possibilitou controlo da dor durante o 1º estágio do TP e uma experiência benéfica do TP.

Recordo alguns dos relatos das parturientes “agora sinto-me no meu local preferido e não aqui” NC3, “fez-me pensar que estava no campo e invadiu-me uma tranquilidade imensa” NC10, “estou menos ansiosa”, “esta melodia leva-me a ter pensamentos positivos e distrai-me da sensação de pico da contração” NC5, “permitiu-me uma experiência perfeita, senti que participei ativamente no meu parto” NC22 e “foi uma experiência muito mais positiva do que o meu parto” NC 15.

Relativamente ao uso da música durante o 1º estágio, pude verificar que todas as parturientes referiram que a música lhes diminuiu a dor sentida. Este achado vai ao encontro do que (Liu, Chang e Chen, 2010) e (Leodoro et al, 2013) concluíram. Todas as parturientes referiram que a música lhes proporcionava tranquilidade, conforto, relaxamento e assim menor nível de dor. Tal como referem (Liu, Chang e Chen, 2010) e (Tabarro et al, 2010). O tipo de música que todas ouviram e que referiram ser o mais benéfico para a diminuição da dor neste estágio do TP era a música calma tal como o referem (Liu, Chang e Chen, 2010) e (Leodoro et al, 2013).

Das 33 parturientes 25 referiram que a utilização da música lhes proporcionou a humanização do ambiente hospitalar, 15 que a música lhes aliviou a sensação de cansaço sentido durante o período de dor e 10 que a música ao lhes permitir ter menos dor podiam participar ativamente no TP.

No 2º estágio do TP apenas 3 utentes utilizaram a música como método exclusivo de controlo da dor. As restantes combinaram o uso da música com a

analgesia epidural. Este resultado contraria as conclusões de [(Tabarro et al, 2010), (Hosseini, Bagheri & Honarparvaran, 2013), (Simavli et al, 2014, (a)) e (Simavli et al, 2014, (b)) pois concluíram que a música diminuía a dor durante todo o TP. Considero que este resultado deve ser investigado em situações futuras. Verifiquei que as parturientes já tinham tomado a decisão de realizar a analgesia epidural antes do início do TP. Reconheci que se disponibiliza mais informação sobre os métodos farmacológicos durante a gravidez tal como a OMS refere (WHO, 1996). A minha prestação de cuidados, neste estágio tal como no 1º, baseou-se na disponibilização de informações sobre tanto os métodos não farmacológicos como os farmacológicos explicando os efeitos benéficos de cada promovendo uma tomada de decisão informada.

Todas as parturientes, neste estágio, referiram que o uso da música lhes permitiu ter um nível de dor estável até ao nascimento, não necessitando de mais doses de analgesia. Tal como foi concluído por (Simavli, et al, 2014b) que ao utilizar a música a dose necessária de analgesia no pós-parto é inferior.

Todas as parturientes referiram que a música lhes proporcionava tranquilidade, conforto e relaxamento o que é suportado pelas conclusões de (Tabarro et al, 2010)

Neste estágio 19 parturientes referiram que a música ritmada lhes permitiu ter níveis de dor estáveis pois estavam focadas na coordenação da respiração e esforços expulsivos. Esta experiência é corroborada pelo estudo de (Liu, Chang e Chen, 2010). Este também foi o tipo de música mais referido como tendo sido utilizado neste estágio.

Das 33 parturientes que utilizaram a música como método não farmacológico de controlo da dor apenas 3 tiveram partos distócicos e nos quais pude implementar a utilização da música no contexto de BO. Este fato vem ao encontro da conclusão do estudo de (Hosseini, Bagheri & Honarparvaran, 2013) que a música promove a progressão do TP, diminuindo a duração da fase ativa do TP.

Sugeri a todas as parturientes manter a utilização da música no 3º estágio do TP. Apenas 4 puérperas pretenderam utilizar, as restantes referiam que pretendiam centrar-se no RN.

As quatro puérperas correspondiam às parturientes que tinham uma *playlist* própria e que a tinham utilizado no 2º estágio do trabalho de parto. Das

quatro que utilizaram a música no 3º estágio do TP, uma necessitou da realização de episiorrafia e 2 de correção de lacerações. Todas referiram que a música lhes permitiu controlar a dor durante esses procedimentos e assim não necessitaram de analgesia. Tal como concluiu (Simavli et al, 2014(b)) que a música diminui a necessidade de analgesia após a expulsão do RN.

Estas quatro puérperas mantiveram o uso da música durante o 4º estágio do TP. Sendo que todas referiram que a música lhes permitiu não ter dor e ter relaxamento. Tal como concluiu (Simavli, et al, 2014b) a música é eficaz no controlo da dor do pós-parto.

Desta forma considero assim que o uso da música foi um método que permitiu o controlo da dor durante o TP das parturientes que prestei cuidados durante o 1º estágio do TP. Relativamente ao 2º estágio isso não se verificou. Todas as parturientes referiram o uso da música foi benéfico para o seu TP e lhes proporcionou uma experiência benéfica do TP. O uso da música agiu assim como um elemento benéfico para a construção do papel maternal.

Todos os cuidados que prestei descritos anteriormente me permitiram desenvolver competências quanto ao uso da música como método de controlo da dor do TP.

3.2 Competência H2. “*Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.*”

Descritivo: “*Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal*” (Regulamento nº127/2011 p.8663).

Pude prestar cuidados à mulher no período pré-parto em situação de vinda ao SU, em contexto de internamento de curta duração na SP e ainda em situação de internamento na UCI.

Relativamente ao contexto do SU, a triagem era o primeiro contato entre a mulher e a equipa de Enfermagem. Era sempre realizada por um EEESMO através da triagem realizada de acordo com o sistema Triagem de Manchester. Em seguida a mulher era observada pelo Médico Obstetra. Atendendo à especificidade de cada situação os cuidados de Enfermagem em seguida eram prestados pelo Enfermeiro de cuidados gerais ou EEESMO.

Verifiquei que a vinda ao SU é uma vivência tranquilizadora para a mulher/acompanhante. O facto de o Serviço permitir um acompanhante em todas as ocasiões foi um aspeto valorizado pelas mulheres a quem prestei cuidados. A presença do acompanhante foi considerado como fundamental para todas, referiam ser um apoio imprescindível, que melhorava o conforto e lhes fornecia segurança.

Durante a prestação de cuidados aproveitava cada momento, se adequado, para realizar Educação para Saúde. Considero esta intervenção do EEESMO é fundamental sobretudo ao nível da motivação para a prática de comportamentos saudáveis. Na prestação de cuidados o EEESMO tem de trabalhar em parceria com as mulheres promovendo o *Empowerment* ao longo do ciclo de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2015). A educação para a saúde é uma estratégia de empoderamento das grávidas/acompanhante (FAME, 2009). A educação para a saúde possibilita dispor de informação adequada e objetiva ao período de gravidez e maternidade/paternidade, para que possam as mulheres possam tomar decisões conscientes (FAME, 2009).

Assim, considero ter prestado cuidados centrado nos clientes e ter promovido comportamentos saudáveis nomeadamente na descodificação e aplicabilidade das informações na promoção da saúde individual nos momentos que realizei Educação para a Saúde.

Nessas situações mobilizei conhecimentos, tive de aprofundar alguns, mobilizei experiências e estratégias pessoais, profissionais e já adquiridas em outros Ensinos Clínicos realizados no CMESMO. Pude assim realizar Educação para a Saúde sobre vários temas: vigilância da gravidez, desconfortos da gravidez e medidas de alívio, alimentação, sexualidade na gravidez, repouso/ exercício físico, sinais de alerta e sinais de trabalho de parto, métodos não farmacológicos de controlo da dor no TP e amamentação. Estas intervenções geraram em mim um sentimento de realização pois pude contactar com uma população ávida de informação que recorre e confiam nos Enfermeiros e dos EEESMO para esclarecer dúvidas e principalmente obter conhecimentos sobre o TP com o intuito de se prepararem para a maternidade/paternidade. O período pré-parto é uma oportunidade para a modificação dos hábitos e comportamentos que se prolongam ao longo do ciclo de vida da mulher, da criança e de todo o agregado familiar (DGS, 2015). Considero que este foi também um dos fundamentos da minha prestação de cuidados neste período enquanto futura EEESMO.

Ainda relativamente aos cuidados prestados no período pré-natal no contexto do SU, prestei cuidados a um casal que tinha realizado há cerca de uma semana uma Fertilização *in vitro* com transferência de dois embriões que recorreram ao SU por dificuldade respiratória e dores abdominais. Foi diagnosticado à utente um Síndrome de Hiperestimulação Ovária moderado (SHO). O SHO é uma complicação iatrogénica da medicação utilizada nas técnicas de procriação medicamente assistida (PMA), que se caracteriza pelo aumento do volume ovário com perda de líquido para o espaço extracelular originando dor abdominal, ascite, edema e derrame pleural. Nos casos ligeiros e moderados é de resolução espontânea, nos casos graves pode implicar hospitalização para compensação de valores analíticos. O tratamento baseia-se em ingestão hídrica adequada e no controlo da dor (Passos, 2003).

No primeiro contato com o casal foi notório que a ansiedade de ambos os progenitores se relacionava com o fato de desconhecerem toda aquela

situação e se esta interferiria com os dois embriões que tinham transferido. Sendo Enfermeira numa Unidade de PMA, pude tranquilizar este casal explicando todo o mecanismo do SHO e os sintomas. Expliquei também que era uma situação transitória e explicitiei todo o processo de tratamento. Em todo o processo estive sempre com o casal, pude em cada momento explicar tudo o que se passava e assim estabelecer a relação terapêutica. Compreendi que estes cuidados são cuidados fundamentais do EEESMO. O EEESMO ao deter um corpo de conhecimentos específicos deve conseguir mobilizá-los nas situações e assim prestar os cuidados especializados individualizados com qualidade.

Nas situações anteriormente descritas é notório que a comunicação e a individualização das informações dadas às grávidas/casais são competências fundamentais à prestação de Cuidados Especializados do EEESMO. A comunicação eficiente e eficaz possibilita o empoderamento das famílias e assim promove a sua autonomia. Os cuidados em Saúde Materna e Obstétrica estão fortemente enraizados no empoderamento das grávidas e do acompanhante (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Desta forma os cuidados do EEESMO devem privilegiar a Educação para a Saúde e a promoção da adaptação da grávida/acompanhante às mudanças existentes no período pré-natal, bem como no TP e pós-parto. Assim, considero que os vários momentos de prestação de cuidados me possibilitaram o desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais potenciando a saúde e capacitando as mulheres e acompanhantes a vivenciarem o período pré-natal.

Relativamente ainda à restante prestação de cuidados no SU pude prestar cuidados a mulheres que apresentavam sinais de probabilidade de gravidez (amenorreia, sensação de desconforto pélvico, náuseas/vómitos persistentes e tensão mamária). Inicialmente obtinha dados relativos à caracterização da grávida/acompanhante/família, os dados relativos à gravidez atual e vigilância (data da última menstruação, intercorrências, complicações, entre outros) validando com a mulher/acompanhante e cruzando-os com os dados do boletim de saúde da grávida, e os dados relativos à situação de vivência atual (se a gravidez era desejada e planeada, como tem sido o acompanhamento e vivência do pai da gravidez, entre outros).

Verifiquei ao longo do Estágio com relatório que recorriam ao SU casais sobretudo numa faixa etária jovem e de várias culturas (Cigana, Indiana e Muçulmana). Pude assim prestar cuidados a esses casais e pude individualizar esses cuidados às especificidades de cada um e às suas crenças. Tinha também como intenção atender às necessidades psicoemocionais promovendo assim sempre tranquilidade e o conforto. Em seguida validava com a mulher/acompanhante os sinais e sintomas referidos (dinâmica uterina, perdas vaginais e suas características, tipo, localização e nível e características de dor, alteração nos movimentos fetais), tendo sempre presentes os sinais e sintomas de alerta.

Pude também prestar cuidados a casais que apresentavam intercorrências da gravidez (sintomatologia de infeção urinária, dor pélvica, contratilidade uterina e perdas sanguíneas vaginais). Realizava inicialmente a triagem, a avaliação do bem-estar materno-fetal através da avaliação dos sinais vitais, auscultava os batimentos cardíofetais e em seguida prestava os cuidados inerentes a cada situação.

Todos estes cuidados me possibilitaram o desenvolvimento de competências de vigilância e de diagnóstico precoce de complicações da gravidez.

Verifiquei que o SU é um contexto de prestação de cuidados que se caracteriza pela imprevisibilidade das situações e pela constante necessidade de antecipação de complicações e cenários adversos. Verifiquei que os vários elementos da equipa entreajudavam-se e organizavam todos os cuidados integrando-os para providenciar uma resposta atempada e adequada.

Recordo uma situação na qual conjuntamente com o EEESMO da Instituição de Estágio, chamamos para a sala de triagem uma mulher cerca das 19:30, IO 1001, IG 39s+2d, que recorreu ao SU por perda de líquido amniótico e contratilidade uterina. Imediatamente pedimos à grávida que se deitasse na marquesa. Avaliei os sinais vitais e o EEESMO da Instituição de Estágio realizou o exame vaginal com saída de grande quantidade de líquido amniótico claro, fui conversando com ele no sentido de perceber a avaliação realizada, cervicometria e nomeadamente o despiste de prolapso do cordão umbilical. O prolapso do cordão umbilical é a complicação mais frequente e urgente uma vez que com o prolapso se verifica compressão do mesmo o que reduz ou

mesmo interrompe a circulação fetal, se não for imediatamente corrigido leva à morte fetal (Posner & et al, 2013). Nisto referiu que não existia prolapso do cordão mas que a apresentação estava muito descida, que o parto era iminente. Iniciamos então todos os procedimentos, colaborando toda a equipa, para transferir a parturiente para a SP. Tudo isto torna os cuidados dos EEESMO extremamente complexos, são várias solicitações e a qualquer momento as situações podem tornar-se emergentes.

Assim a prestação de cuidados neste contexto permitiu-me o desenvolvimento de competências de monitorização e de priorização das situações de cuidados.

Relativamente à prestação de cuidados no contexto de internamento na UCI durante o Estágio com Relatório pude prestar cuidados a grávidas internadas com pré-eclampsia. A pré-eclâmpsia caracteriza-se pelo aparecimento de hipertensão em mulheres normotensas e proteinúria após a 20ª semana de gravidez, pode originar complicações neurológicas, renais, hepáticas e hematológicas (Posner & et al, 2013). Nas gestações com IG <34 semanas deve ser equacionada a administração endovenosa de glucocorticoides para a maturação pulmonar fetal (Graça, 2010).

A Grávida a quem prestei cuidados tinha IG 31 semanas e 2 dias, e apresentava hipertensão, com epigastralgias e edemas nos membros superiores e inferiores. Promovi um ambiente calmo e tranquilo com pouca luminosidade e o repouso. Avaliava os sinais vitais, a sintomatologia associada à pré-eclampsia e realizava o balanço hídrico. Administrei também medicação para a maturação pulmonar fetal. Para além destes cuidados pude também realizar a preparação para o nascimento abordando com a grávida temas como a amamentação e os métodos não farmacológicos de controlo da dor.

Considero que neste serviço de internamento o EEESMO tem um papel fundamental pois ao deter um corpo de conhecimentos sobre a saúde da mulher, pude prestar cuidados específicos à situação bem como promover o bem-estar materno-fetal e do acompanhante, preparando-os para o nascimento. A preparação para o nascimento emerge como pedra basilar que visa permitir viver uma gravidez saudável e harmoniosa, culminando num parto participado, informado, controlado e jubiloso por parte da mulher e da sua família (Bennett & Murphys, 1999).

Pude assim neste contexto desenvolver competências de prestação de cuidados a grávidas a vivenciar processos patológicos e a minimizar o efeito dessa vivência no continuar do processo de gravidez.

Na SP pude prestar cuidados a várias grávidas em situações de internamento de curta duração por contratilidade uterina dolorosa em situação de APPT. Nos cuidados promovi o controlo e alívio da dor, bem como o repouso e ambiente calmo e tranquilo. Estimulava a ingestão hídrica. Administrava de imediato a terapêutica tocolítica segundo os protocolos da Instituição de estágio. Recordo que houve regressão em todas as situações da dinâmica uterina e as utentes tiveram alta após decorridas as 24 horas.

Assim todos os cuidados prestados nos vários contextos foram facilitadores ao desenvolvimento de competências de prestação de cuidados à mulher/acompanhante durante o período pré-natal e possibilitaram o enriquecimento do processo formativo.

3.3 Competência H3 “*Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto*”.

Descritivo: “*Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina*” (Regulamento nº127/2011 p.8664).

O TP é um processo fisiológico, no qual o feto, a placenta e as membranas são expulsos da cavidade uterina pelo canal vaginal para o exterior (Posner & et al, 2013).

O TP é assim constituído por quatro estádios, no 1º estágio verifica-se o apagamento e a dilatação do colo uterino, no 2º estágio verifica-se o período expulsivo. Este inicia-se com a dilatação completa do colo uterino e termina com a expulsão do feto. No 3º estágio verifica-se a dequitação, que se inicia logo após a expulsão do feto e termina com a saída completa da placenta e das membranas. O 4º estágio corresponde ao período logo após a dequitação e até às duas horas após o parto onde ocorrem vários processos que permitem o restabelecimento da homeostasia da mulher. O 4º estágio também é apelidado de puerpério imediato (Lowdermilk & Perry, 2008).

Os cuidados que prestei durante o 4º estágio serão descritos e analisados na seguinte competência pois já se enquadram no período pós-natal e assim na competência “*Cuida da mulher no período pós-natal*”.

Durante o Estágio com Relatório, de acordo com a Diretiva da União Europeia, artigo 27º da Diretiva 89/594/CEE de 30 de Outubro 1989, realizei 45 partos eutócicos, participei, colaborando com a equipa médica, em 7 partos distócicos. Estes partos distócicos foram devidos a paragem da progressão do TP e a desacelerações prolongadas da frequência cardíaca fetal que não reverteram após várias intervenções realizadas.

Tive necessidade de questionar os cuidados e desenvolver conhecimentos, mobilizando-os e mobilizando as evidências científicas mais atuais nesta área para participar de forma sustentada nas tomadas de decisão conseguindo assim o desenvolvimento de competências.

Assim durante a UC de Estágio com Relatório pude, prestar cuidados à mulher/acompanhante durante o TP em contexto da SP e do BO.

Relativamente ao contexto da SP, todas as parturientes vinham transferidas do SU ou do Serviço de Internamento Materno-Fetal. Cada parturiente era encaminhada para o que seria o seu quarto durante todos os estádios do TP e onde geralmente eram prestados os cuidados imediatos ao RN. Caso se verificasse a impossibilidade de parto eutócico a parturiente era transferida para o BO onde se realizava o procedimento e os cuidados ao RN, posteriormente regressavam à SP e quarto para realizar o 4º estágio do TP. Durante todo o período de TP promovi o controlo do ambiente nomeadamente da luminosidade e temperatura do quarto. Questionava sempre a parturiente e acompanhante sobre as suas preferências de luz e a temperatura promovendo um ambiente mais individualizado e humanizado.

Durante toda a hospitalização na SP era possível a presença de um acompanhante da escolha da parturiente. Era no momento da transferência ou no meu primeiro contato com a parturiente/acompanhante no quarto que me apresentava e que identificava as necessidades de cuidados individualizados organizando-os atendendo às prioridades da situação e da parturiente/acompanhante pretendendo sempre promover o bem-estar físico e psico-espiritual. Mantive sempre uma atitude de disponibilidade no apoio à satisfação das necessidades da parturiente/acompanhante ao longo de todo o TP, promovendo a sua autonomia e participação tendo-os assim como parceiros nos cuidados. Assim, desenvolvi competências de individualização dos cuidados e na priorização dos mesmos para a promoção do bem-estar materno-fetal.

Realizava a avaliação e monitorização materno-fetal, através da avaliação dos sinais vitais da parturiente, da identificação (pela parturiente) da presença de movimentos ativos fetais e da monitorização cardiotocográfica (CTG) externa contínua. Incentivava a adoção de posições promotoras do bem-estar materno-fetal: a posição vertical e os decúbitos semi-laterais e laterais.

Todas as parturientes eram questionadas se pretendiam a administração de fluidos intravenosos, a fim de suprir a ausência de ingestão de alimentos promovendo o bem-estar materno-fetal. A punção venosa para administração de fluidos intravenosos é uma prática que deve ser diminuída e eliminada

(WHO, 1996). O jejum durante o TP desencadeia a libertação e oxidação de ácidos gordos que diminuem a atividade uterina, o que pode originar alterações na progressão do TP e a uma maior incidência de partos instrumentalizados (FAME, 2009). Restringir a ingestão de alimentos durante o TP, diminui o risco de aspiração do conteúdo gástrico, Síndrome de Mendelson, se for necessário anestesia geral (Lowdermilk, 2008). Contudo, sendo que a generalidade das parturientes referia que pretendia a administração fluidos intravenosos, este foi um cuidado comum ao longo do Estágio com Relatório. Apesar disto durante o TP promovi a ingestão de líquidos claros açucarados ou não. Devem ser oferecidos em doses moderadas durante o TP líquidos por via oral (WHO, 1996). Assim incentivava a ingestão de água e chá com e sem açúcar caso a parturiente tivesse diabetes. Como não existia disponível na Instituição de Estágio gelatina, sempre que as parturientes referiam que gostavam e queriam ingerir solicitava ao acompanhante que trouxesse.

Verifiquei ao longo Estágio que a ingestão de líquidos proporcionava uma sensação de bem-estar, conforto e tranquilidade pois apesar das parturientes por vezes passarem várias horas em TP podiam ingerir água, chá ou gelatina. Deste modo identifiquei este cuidado como promotor de uma experiência benéfica do TP.

No 1º estágio do TP realizava a avaliação física da mulher através do exame vaginal avaliando as características do colo uterino, o estado de integridade das membranas, a variedade da apresentação fetal e a bacia. Realizava também a monitorização cardiotocográfica contínua externa para avaliação e interpretação dos traçados e valores da dinâmica uterina e da frequência cardíaca fetal (indicador de bem-estar fetal). Durante o Estágio com Relatório pude observar a colocação de monitorização cardiotocográfica interna a uma parturiente. Sendo que se tratava de um procedimento invasivo preferi observar/participando para em situações futuras intervir de forma segura e sustentada. Em situação de bem-estar materno-fetal a monitorização cardiotocográfica contínua deve ser substituída pela auscultação cardíaca fetal intermitente (WHO, 1996). Apesar disto era protocolo da Instituição de Estágio realizar a monitorização contínua. Durante o Estágio pude participar numa formação em serviço precisamente sobre as novas *guidelines* internacionais da ACOG e da FIGO para a monitorização cardiotocográfica durante o TP onde

ficou definido um grupo de trabalho para criar um novo protocolo para a Instituição.

Quanto à progressão do TP, realizava a monitorização analisando a evolução e despistando anomalias na progressão. Realizava os registos de Enfermagem. Devo referir que inicialmente tive dificuldade, durante a monitorização da progressão do TP, em avaliar e identificar a variedade da apresentação fetal. Com o continuar do Estágio fui desenvolvendo maior sensibilidade e no final do mesmo já não apresentava dificuldades. O registo da progressão do TP no partograma era protocolo da Instituição ser realizado pelos médicos obstetras. De acordo com a progressão do TP adequava os cuidados a prestar, baseados na promoção do TP natural e na promoção de uma boa experiência do mesmo desenvolvendo assim competências nessas áreas.

Outro aspeto que verifiquei interferir na promoção de uma boa experiência do TP logo no 1º estágio foi a existência de um plano de parto efetuado pelas parturientes. O plano de partos é uma ferramenta importante para o EEESMO, pois facilita a individualização dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015). A maioria das parturientes que prestei cuidados não trazia um plano de partos escrito mas tinham desejos e expectativas, que eram incluídos nos cuidados e sempre considerados como aspetos fundamentais durante a minha prestação de cuidados. Prestei cuidados a duas parturientes que tinham trazido o seu plano de partos. Na primeira situação, obtive, na passagem de ocorrências, a informação que a parturiente a quem ia prestar cuidados nesse dia tinha um plano de partos no processo. Fui em seguida, com o enfermeiro orientador, discutir todos os aspetos do plano com a parturiente e acompanhante. Verifiquei que aquele momento de leitura de todos os pontos conjuntamente com a explicação das particularidades do TP e de funcionamento da SP gerou o sentimento de confiança e assim o estabelecimento de uma relação terapêutica. Fiquei a conhecer o que pretendiam e o que não pretendiam negociando todos os cuidados para que a parturiente e o acompanhante ficassem elucidados sobre os aspetos do TP e sobre algumas situações que podiam originar desvios do planeado. Na situação seguinte realizei esta negociação autonomamente e novamente verifiquei que o momento de abordagem do plano de parto é fundamental para

a futura prestação de cuidados à parturiente/acompanhante. Pude ainda verificar que um plano que inicialmente pode ser considerado como estanque, rígido e difícil de ser atingido é facilmente flexibilizado através da comunicação entre o EEESMO e a parturiente/acompanhante. Estes cuidados possibilitaram-me desenvolver competências de individualização e qualidade dos cuidados, bem como de promoção de experiência benéfica do TP.

No 1º estágio do TP pude promover o uso de métodos não farmacológicos de controlo da dor. Foi-me possível utilizar os vários métodos, sendo que realizava conjuntamente com a parturiente a sua seleção atendendo às suas perceções e desejos, individualizando os cuidados para proporcionar uma resposta adequada às necessidades referidas. Avaliava o nível de dor, explicava em seguida os benefícios da utilização e os vários tipos de métodos que na SP disponhamos. Desta forma promovia a tomada de decisão informada e consciente. Na SP era possível a utilização dos métodos de estimulação sensorial (utilização da música), dos métodos de estimulação cutânea (hidroterapia-banho de chuveiro) e da bola de Pilates. Pude também promover outro método de estimulação cutânea a massagem e a liberdade de movimentos.

A massagem promove o relaxamento e diminui a dor uma vez que a manipulação dos tecidos aumenta o fluxo sanguíneo melhorando a oxigenação dos tecidos (FAME, 2009). Assim promovi o uso da massagem durante o TP realizada pelo acompanhante. Realizava uma demonstração inicial e em seguida supervisionava. Promovia assim a participação ativa do acompanhante no TP atuando como parceiro dos cuidados. Verifiquei que este método era eficaz numa fase inicial porém por necessitar de constante manipulação gerava cansaço pelo que era complementado por outros métodos.

Relativamente à liberdade de movimentos promovi a posição vertical, a marcha e os decúbitos semi-laterais e laterais. Apesar da monitorização cardiotocográfica continua os cabos eram bastante compridos o que permitia a mobilização e a adoção de outras posições que não apenas os decúbitos na cama e na cadeira. Verifiquei que a liberdade de movimentos era promotora do bem-estar materno-fetal uma vez que se verificava uma estabilização dos sinais vitais da parturiente e da frequência cardíaca fetal. Habitualmente este método era utilizado conjuntamente com o uso da música.

Pude também utilizar a música como método de controlo da dor no TP. Toda a minha intervenção, competências desenvolvidas e resultados foram descritos no subcapítulo anterior.

A hidroterapia é um conjunto de medidas que promovem o conforto e o relaxamento durante o TP, reduzindo os níveis de ansiedade e dor da mulher, aumentando o seu bem-estar (Lowdermilk & Perry, 2008). Na SP era possível através do banho de chuveiro. Este método foi promovido nos meus cuidados a várias parturientes, todas referiram que sentiam um nível inferior de dor, bem como maior relaxamento. Recordo uma parturiente que pretendia um parto sem utilização de métodos farmacológicos de controlo da dor e que estava a utilizar a música e a liberdade de movimentos. Porém quando o acompanhante se ausentou para almoçar pretendeu ir ao banho, referiu que lhe permitiu ter um nível menor de ansiedade pela ausência do acompanhante. Voltou novamente a utilizar a música e a liberdade de movimentos e passado cerca de 1h realizei o parto.

Quanto ao uso da bola de Pilates, a maioria das parturientes conheciam este método e as suas vantagens. Pude promover o seu uso e era um método frequentemente utilizado na SP. A mulher em TP pode utilizar a bola de Pilates como método para gerir a sua dor (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Verifiquei que este método era também promotor da progressão do TP.

Relativamente ao controlo da dor no 1º estágio do TP pude colaborar com outros profissionais em várias intervenções, nomeadamente na analgesia epidural. Verifiquei ao longo do Estágio que era um método farmacológico frequentemente solicitado pelas parturientes. Após a solicitação deste método esclarecia todas as dúvidas das parturientes/acompanhantes e explicava todos os procedimentos inerentes. A analgesia epidural caracteriza-se pela administração de anestésicos locais no espaço epidural lombar, estes atingem as raízes nervosas espinhais provocando bloqueio nervoso segmental e sensorial gerando analgesia (Posner & et al, 2013). Este método possibilita que as contrações sejam indolores mas perceptíveis, o que permite manter os esforços expulsivos autónomos e é também utilizado nos partos distócicos (Graça, 2010). Verifiquei que a analgesia epidural deve ser conjugada com os métodos não farmacológicos de controlo da dor uma vez que isso admite manter os níveis de dor mais estáveis, sem marcadas variações, aumentando

assim o intervalo de tempo para a administração de nova dose de medicamentos.

Dos 45 partos eutócicos que realizei, 33 utentes utilizaram métodos não farmacológicos sendo que em exclusivo apenas 3 utentes. Reconheço que a analgesia epidural é o método preferencial de controlo da dor durante o TP. Pude assim desenvolver competências na prestação de cuidados relativos aos métodos farmacológicos e não farmacológicos do TP.

Relativamente à rotura artificial das membranas foi necessário realizar esta intervenção em algumas situações para promoção da progressão do TP. Inicialmente realizava o exame vaginal verificando as características do colo, procedia ao uso da pinça de amniotomia e após a intervenção realizava novamente o exame vaginal despistando a existência de prolapso do cordão e de traumatismos. A rotura artificial de membranas pode ser utilizada para indução do TP, o colo uterino deve apresentar-se favorável, esta técnica pode originar traumatismos fetais, prolapso do cordão e pode aumentar o risco de infeção (Lowdermilk & Perry, 2008). A rotura artificial de membranas de rotina no 1º estágio de TP é uma prática sem evidência científica suficiente para suportar o seu uso devendo ser utilizada fundamentadamente (WHO, 1996). É uma técnica que deve ser utilizada só em situações excecionais (OE, 2010). Assim é um procedimento que deve ser ponderado pelo EEESMO antes realizado. Foi este o princípio que norteou a decisão de realizar esta intervenção durante o estágio.

Pude assim durante o 1º estágio do TP desenvolver competências de promoção do bem-estar materno-fetal, de individualização dos cuidados e de prestação de cuidados na adoção de posições verticais, na ingestão de líquidos claros, nos métodos não farmacológicos de controlo da dor e ainda de competências técnicas em procedimentos obstétricos.

A prestação de cuidados no 2º estágio do TP foi baseada na promoção de uma experiência benéfica do TP, da participação da parturiente/acompanhante e no controlo da dor utilizando os métodos não farmacológicos nomeadamente a música. Com o decorrer do Estágio fui desenvolvendo progressivamente competências e autonomia na prestação de

cuidados nestas áreas tendo sempre a supervisão do EEESMO da Instituição de Estágio.

A realização dos partos teve sempre por base os princípios da manutenção da técnica assética. De acordo com a OMS existe evidência científica que justifica a manutenção de um ambiente limpo num parto natural. Porém a utilização de um ambiente esterilizado ainda se verifica em vários países (WHO, 1996). Assim, era sempre realizada a desinfecção perineal da parturiente e utilizados materiais e equipamento esterilizados.

Durante o Estágio tive oportunidade de proporcionar às parturientes a escolha da posição de expulsão do RN. Questionava todas as parturientes/acompanhantes se já tinham sido informadas/conheciam posições alternativas à posição de litotomia, explicava as vantagens e negociava com eles a posição que pretendiam. Durante a adoção do posicionamento o acompanhante era um elemento ativo nesses cuidados. Promovi assim a participação parturiente/acompanhante no seu TP.

Apesar disto a maioria das parturientes preferiu a posição de litotomia, apenas 3 parturientes pretenderam a posição vertical e 2 a posição de cócoras. A posição de litotomia durante a expulsão do RN é ineficaz e prejudicial devendo ser eliminada (WHO, 1996). As posições verticais causam menor desconforto, menor dificuldade nos esforços expulsivos, menor ocorrência de traumatismo vaginal e/ou perineal, menor taxa de infeções pós episiotomia e níveis de dor inferiores (WHO, 1996). Porém a realização do parto em posições verticais implica o desenvolvimento de competências do enfermeiro a fim de evitar consequências (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Verifiquei que esta posição implica outro tipo de cuidados e assim fui apoiada pela experiência e conhecimentos do Enfermeiro Orientador para conseguir realizar estes partos adequadamente. Proporcionar estas experiências às parturientes/acompanhantes foi muito benéfico, pois para além de ter benefícios para o período expulsivo (Ordem dos Enfermeiros, 2015), pude ir ao encontro do que pretendiam/expectativas do TP e assim contribui para uma experiência do TP mais positiva. Considero que desenvolvi competências quando à utilização das posições verticais no 2º estágio do TP.

Aquando da coroação do polo cefálico fetal à vulva, adotava medidas de proteção do períneo. Durante o Estágio realizei 17 episiotomias sendo que só

em 4 tive de proceder à administração de anestesia local. A episiotomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais utilizados em obstetrícia (ACOG, 2006). É uma incisão no períneo para aumentar o espaço do estreito inferior pélvico encurtando assim o período expulsivo para benefícios materno-fetal (Posner & et al, 2013). Deve ser utilizada criteriosamente só estando indicada para preservação da integridade do pavimento pélvico, para prevenção de lacerações irregulares e por causas fetais (feto macrossômico ou prematuro para proteção craniana) (Posner & et al, 2013). Pode ser realizada utilizando uma técnica mediolateral ou mediana (Posner & et al, 2013). Durante o estágio apenas realizei episiotomias mediolaterais. A técnica mediolateral deve realizar-se durante uma contração, quando o períneo estiver distendido e se verificar um diâmetro de 3-4 cm da apresentação fetal. Deve ser iniciada na fúrcula em direção à tuberosidade isquiática evitando assim o traumatismo do músculo do esfíncter anal, realizando uma incisão com um comprimento de 4cm (Posner & et al, 2013). A episiotomia foi um procedimento que executei de forma seletiva. Realizava a avaliação perineal durante o período expulsivo (avaliando a elasticidade e capacidade expansível do períneo) a decisão era tomada no momento, segundo uma avaliação fundamentada nos princípios e critérios anteriormente descritos. A cada momento ia informando a parturiente/acompanhante da minha avaliação. Considero ter desenvolvido competências de promoção da proteção de trauma perineal, de realização e correção de episiotomias durante o Estágio.

Todos os partos realizados foram de apresentação cefálica. Na maioria dos TP a apresentação fetal é a cefálica (Posner & et al, 2013). Durante o Estágio tive oportunidade de cuidar de RN que tinham circulares cervicais do cordão umbilical. Logo após a saída da cabeça confirmava, sempre através de palpação, a existência de circulares cervicais. A minha prestação de cuidados perante a existência de circulares cervicais estava baseada na promoção da segurança e prevenção de complicações. Assim confirmava e informava o EEESMO da Instituição da existência de circulares cervicais do cordão umbilical e confirmava se o comprimento do cordão umbilical permitia ou não desfazer a circular. A circular do cordão mais comum é a em redor do pescoço fetal e esta associada a morte fetal (Posner & et al, 2013). Nestes cuidados o EEESMO deve agir com rapidez mas necessita ter precaução pois durante a

realização das manobras é necessário evitar a tração do cordão umbilical pelo risco de rotura.

Em 10 dos 45 partos que realizei tive de implementar medidas adequadas às circulares cervicais, sendo que em 8 consegui realizar a técnica de redução das circulares passando o cordão através da cabeça do RN. Em 2 não tive sucesso na técnica e realizei a clampagem precoce e corte do cordão sem qualquer intercorrência. Nessas situações o período expulsivo foi encurtado no sentido de evitar a má oxigenação do RN. A manobra de Somersault deve ser a primeira opção do enfermeiro face à presença de circulares cervicais pois permite manter o cordão intacto até este deixar de pulsar (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Apesar disto optei por não realizar a manobra de Somersault nas duas situações referidas pelas características do cordão umbilical (eram curtos). Assim através desta prestação de cuidados desenvolvi competências na prestação de cuidados ao RN com circulares cervicais.

Durante o Estágio pude intervir perante uma distócia de ombros. Esta é uma das complicações obstétricas com maior impacto na morbilidade e mortalidade perinatal (Graça, 2010). A distócia de ombros ocorre quando há discrepância entre o tamanho dos ombros e os diâmetros pélvicos, verifica-se quando o ombro anterior fica retido por detrás da sínfise púbica e o ombro posterior fica alojado na cavidade pélvica (Posner & et al, 2013). Assim o EEESMO perante a sua deteção deve agir implementando manobras adequadas à situação. Recordo esse momento, pois tratou-se da minha primeira prestação de cuidados durante o 2º estágio do TP. Após a expulsão da cabeça verificou-se distócia de ombros. Tive de realizar episiotomia e ajudar a parturiente a realizar a manobra de McRoberts. O Enfermeiro Orientador apoiou toda a manobra e realizou pressão supra-púbica ocorrendo a expulsão do ombro e a saída do feto. O objetivo das medidas instituídas é aumentar dos diâmetros pélvicos em conflito (Posner & et al, 2013). A manobra de McRoberts utilizada simultaneamente com a pressão supra púbica são duas manobras primárias face à distócia de ombros (Posner & et al, 2013). A manobra de McRoberts consiste na flexão dos membros inferiores da parturiente sobre o abdómen até atingirem a zona dos flancos do abdómen, o que permite aumentar o diâmetro ântero-posterior da bacia e assim o que ombro deslize

(Posner & et al, 2013). A pressão suprapúbica consiste na realização de pressão supra púbica e não fúndica o que permite pressionar o ombro anterior do feto na direção do tórax facilitando a sua expulsão (Posner & et al, 2013).

Esta situação permitiu-me desenvolver competências de prestação de cuidados face à distócia de ombros.

Relativamente aos cuidados ao RN considero que tive uma prestação em crescendo ao longo do Estágio. Inicialmente estava muito centrada na prestação de cuidados à parturiente e à puérpera. Tal como refere (Benner, Tanner, & Chesla, 2009) encontrava-me na fase de iniciada, onde a principal preocupação relaciona-se com o bom cuidado ao utente e em conseguir terminar as tarefas num curto espaço de tempo. Efetivamente eram nestes aspectos que centrava os meus cuidados. Porém sentia que me faltava ver a restante globalidade e sobretudo com o desenvolvimento das competências técnicas foi conseguindo integrar os cuidados ao RN e presta-los concomitantemente aos restantes cuidados à puérpera. Assim fui desenvolvendo a minha prestação de cuidados e progredindo para níveis de maior competência.

Após a expulsão do RN, confirmava as horas, felicitava a puérpera e acompanhante e colocava-o de imediato em contato pele-a-pele com a puérpera de acordo com as recomendações da OMS (WHO, 2007).

Secava-o inicialmente com um pano esterilizado para prevenir a diminuição da temperatura corporal pelo fenómeno de evaporação, em seguida era coberto com um outro pano. Realizava os cuidados imediatos ao RN promovendo a adaptação ao meio extrauterino e a sua saúde. Realizava a avaliação para a determinação do Índice de Apgar ao 1º, 5º e 10ºmim. Pedia que colocassem as pulseiras de identificação. Após a paragem de pulsar do cordão umbilical procedia à sua clampagem e confirmava sempre se o acordado previamente, relativamente a este cuidado, era para realizar e se a parturiente ou o acompanhante pretendiam cortar o cordão umbilical. Atendia assim à individualidade respeitando as crenças e expetativas do casal e promovia uma atitude ativa da puérpera e acompanhante.

Em todos os partos foi promovida a clampagem tardia do cordão. A clampagem do cordão deve ser realizada após deixar de pulsar (3 a 4 minutos após a expulsão fetal), pois permite manter a respiração placentária e

aumentar o volume sanguíneo do RN (IPN, 2009). A clampagem precoce do cordão deve ser realizada com rigor por não apresentar cientificamente benefícios (WHO, 1996). Apenas realizei este tipo de clampagem, como já referi, na presença de circulares cervicais do cordão umbilical por impossibilidade de realizar outras medidas.

O RN era mantido em contacto pele-a-pele iniciando-se também a amamentação nesse período. O contacto pele-a-pele implica o contacto imediatamente após o parto durante do RN despido pelo menos uma hora (WHO, 1996). Apresenta várias vantagens sobretudo na promoção da vinculação e estabelecimento da amamentação (Lowdermilk & Perry, 2008). Contudo existiram 4 situações onde o contato pele-a-pele não foi realizado devido à necessidade de cuidados imediatos ao RN para promoção da adaptação à vida extra-uterina. Nessas situações o RN era transportado para uma sala de cuidados ao RN, onde era limpo e seco procedendo-se à estimulação e aquecimento, em duas das situações houve necessidade de aspiração de secreções na oro e nasofaringe, com subsequente oxigeno terapia ou ventilação com pressão positiva e monitorização dos sinais vitais. O acompanhante permanecia na sala com o RN. Aquando da recuperação do RN este voltava para o quarto para junto da puérpera. A separação do RN só era mantida em contexto de transferência para a Unidade de Neonatologia, durante o Estágio não vivenciei essa situação.

Após a prestação de cuidados à puérpera, era realizada a restante prestação de cuidados ao RN, este era pesado no quarto. A administração da Vitamina K, profilaxia da doença hemorrágica neonatal, era sempre que possível realizada em contacto pele-a-pele promovendo o conforto do RN e minimizando a dor.

Durante o Estágio e através da prestação de cuidados ao RN pude desenvolver as competências de promoção da vinculação e de adaptação do RN à vida extra-uterina e de promoção da sua saúde.

Após o 2º estágio do TP iniciava-se a dequitação e assim o 3º estágio do TP. A dequitação compreende duas fases o descolamento da placenta da parede uterina e a segunda a descida para o segmento inferior uterino e vagina e a expulsão (Posner & et al, 2013). A atitude dos profissionais de saúde durante a dequitação, que apresenta mais benefícios, é a activa em

detrimento da passiva pois reduz a incidência de hemorragia pós parto (Posner & et al, 2013). Assim neste estágio a minha prestação de cuidados baseou-se numa conduta activa da dequitação. Inicialmente realizava tração controlada do cordão. Confirmava com pressão supra púbica se o cordão umbilical retraía e sempre que não retraía e se verificava o afluxo de sangue na vulva a placenta e membranas saíam para o exterior. Realizava o exame à placenta, membranas e cordão a fim de identificar a integridade/porções retidas e alterações. A expulsão da placenta pode ocorrer por dois métodos de Duncan – as duas superfícies da placenta surgem ao mesmo tempo e de Schultz – a placenta sai com o lado fetal primeiramente seguida das membranas (Posner & et al, 2013). As dequitações durante o Estágio ocorreram maioritariamente na modalidade de Schultz. Apenas em 3 partos a dequitação ocorreu na modalidade de Duncan.

Após a dequitação e o exame à placenta, membranas e cordão avaliava o globo de segurança de Pinard, as perdas sanguíneas vaginais e iniciava a administração de oxitocina de acordo com o protocolo da Instituição de Estágio. Não vivenciei situações de retenção de porções de placenta e/ou membranas, de alterações ou complicações.

Em seguida procedia ao exame vaginal para verificar a presença de lacerações. As lacerações do períneo são roturas espontâneas do períneo que também se podem verificar quando se realiza a episiotomia. De acordo com as estruturas envolvidas classificam-se em quatro graus, grau I - envolve a fúrcula, pele do períneo e mucosa vaginal; grau II - abrange as estruturas de grau I, fáscia e músculos do diafragma urogenital; grau III- envolve estruturas de grau II e esfíncter retal e grau IV engloba estruturas de grau III e mucosa retal (Graça, 2010). Durante o Estágio e de em 45 partos tive de proceder à correção de 13 lacerações de grau I e 1 de grau II e 14 períneos íntegros. Devo referir que a laceração de grau II que suturei, apoiada pelo Enfermeiro Orientador, foi consequência de um parto em que o RN apresentava procedência da mão direita. Não houve necessidade de transferir a puérpera para o BO. Apenas observei uma correção cirúrgica de laceração de grau III no BO, de uma puérpera que teve um parto distócico.

Assim a prestação de cuidados durante o 3º estágio do TP possibilitou-me o desenvolvimento de competências de prevenção de complicações nesse estágio e de correção de lacerações/episiotomias.

Relativamente ao contexto de Bloco Operatório, tive oportunidade de colaborar em 7 partos distócicos e em 3 cesarianas. Verifiquei que face aos cuidados prestados é um local onde o imediatismo é muito acentuado e assim a antecipação dos cuidados é um aspeto determinante, podendo interferir na vida da parturiente e do RN.

Os partos foram realizados por obstetras, colaborando eu na receção do RN, levava-o para uma sala intermédia onde lhe prestava os cuidados imediatos cooperando com o médico pediatra. Na prestação dos cuidados imediatos ao RN era promovida a adaptação à vida extra-uterina através da limpeza se necessário, estimulação, aquecimento, aspiração de secreções, aspiração gástrica, administração de oxigénio e ventilação com pressão positiva. Era realizada a determinação do Índice de Apgar e a administração da vitamina K. Em seguida colocava o RN junto da puérpera e caso pretendesse realizava o contato pele-a-pele. Em seguida a parturiente e RN ou ficavam na unidade de cuidados pós-anestésicos ou voltavam à SP. Todos os partos em contexto de BO não tiveram intercorrências nem complicações.

Assim, neste contexto pude desenvolver competências de colaboração em partos distócicos, bem como de prestação de cuidados imediatos ao RN e de promoção à adaptação à vida extra-uterina.

Relativamente ao contexto de internamento de curta duração na SP pude prestar cuidados a uma mulher em situação de IVG e a uma mulher em situação de abortamento por morte fetal às 20 semanas de IG. Pude assim desenvolver a competência *“Concebe, planeia e implementa e avalia intervenções de apoio à mulher e conviventes significativos durante o período de luto em caso de morte fetal e abortamento”* (Regulamento nº127/2011 p.8665).

Relativamente à mulher em situação de IVG apenas prestei cuidados durante o período expulsivo e após. Os restantes cuidados tinham sido prestados no Serviço de Internamento Materno-Fetal. Era uma mulher que tinha 39 anos e IO 3003. A minha prestação de cuidados foi baseada na

promoção do bem-estar e do conforto físico, psicoemocional e espiritual da mulher e acompanhante. Durante toda a minha prestação de cuidados fui explicando todos os procedimentos e atendi às suas preferências e desejos. Promovi um ambiente tranquilo e sonoramente o mais controlado possível sobretudo promovendo a porta fechada do quarto promovendo também assim a privacidade do acompanhante. No final de todos os procedimentos e do período de recuperação foi-me possível realizar educação para a saúde abordando o tema dos métodos contraceptivos e dos locais que deveriam dirigir-se para procurar apoio nesse sentido.

Verifiquei nesta situação que os cuidados do EEESMO, à mulher a vivenciar uma situação de IVG, baseiam-se no respeito pela decisão das mulheres/acompanhante, permitem o apoio às mulheres/acompanhantes e a promoção de comportamento saudáveis.

A minha prestação de cuidados à mulher e acompanhante em situação de abortamento foi baseada na promoção de um ambiente calmo, tranquilo e com o mínimo ruído possível evitando que ouvissem o choro dos outros RN. *“Passar pela perda do bebé, é passar pela perda de um “pedaço” dos pais”* (Sousa, Barradas, Pereira, & Teixeira, 2014, p. 10). O luto de uma gravidez e a consequente perda de um filho causa grande sofrimento, pois contraria o ciclo natural e coloca em causa o equilíbrio psicossomático do indivíduo, podendo trazer sentimentos de culpa e preocupação (Sousa, Barradas, Pereira, & Teixeira, 2014). Verifiquei que o sofrimento psicológico da mulher e acompanhante nesta situação era avassalador e que os cuidados prestados apoiaram a mitigação do sofrimento e promoveram a sua a privacidade e intimidade.

Fui explicando todas as intervenções e todos os procedimentos que se seguiriam. Respondi a todas as dúvidas e fui construindo uma relação terapêutica com a mulher e acompanhante. Administrei terapêutica e fui avaliando o seu efeito, vigiei as perdas vaginais e avaliei o estado hemodinâmico da utente. Estive presente junto da mulher no período expulsivo prestando-lhe apoio e atendendo aos seus desejos e crenças. No final dos cuidados tentei mobilizar os mecanismos de *coping* da mulher promovendo a adaptação inicial ao processo de luto. Antes da alta encaminhei a mulher e o

acompanhante para o posterior acompanhamento psicológico na Instituição de Estágio.

Devo referir que foram momentos emocionalmente difíceis e que a posterior discussão com o Enfermeiro Orientador me possibilitaram gerir sentimentos e consolidar as aprendizagens. Esta experiência permitiu-me perceber que apesar do EEESMO estar a prestar cuidados numa situação de luto onde a mulher e acompanhante estão psicologicamente debilitados pode através da comunicação, da promoção da privacidade e dos desejos dos mesmos promover a esperança no futuro e conseguir a conotação desta experiência como a melhor possível face ao contexto.

Considero assim que todos os cuidados prestados pelo EEESMO no contexto da SP promovem o bem-estar materno-fetal e uma experiência positiva do nascimento e do pós-parto imediato.

A prestação de cuidados nestes contextos permitiu-me desenvolver competências específicas do cuidado à mulher em TP.

3.4 Competência H4: “*Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.*”

Descritivo: “*Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.*” (Regulamento nº127/2011 p.8665).

O pós-parto é o período que se segue ao nascimento. É um período de mudanças e adaptações para a mulher/família. Neste período verifica-se o retorno gradual ao estado anterior à gravidez dos vários sistemas orgânicos da mulher sobretudo dos órgãos reprodutores (Lowdermilk & Perry, 2008). Este período implica vigilância e monitorização focadas nessas alterações evitando complicações subjacentes.

O pós-parto ou puerpério define-se temporalmente pelo período compreendido logo após o parto e as seguintes 6 semanas (Lowdermilk & Perry, 2008) Dividindo-se em três períodos: puerpério imediato - as primeiras 2 horas; puerpério precoce - a 1ª semana e, puerpério tardio - até ao final da 6ª semana (Lowdermilk & Perry, 2008).

Este período exige a adaptação a uma nova identidade e a continuidade da construção do papel maternal onde o apoio e as informações agem promovendo experiências positivas e assim favorecem o sucesso da construção do papel maternal (Mercer, 1985).

Desta forma, pude durante o Estágio com relatório prestar cuidados durante o puerpério imediato. A minha prestação de cuidados baseou-se na promoção da saúde, na prevenção e despiste precoce de complicações para a puérpera e RN e na promoção de uma experiência benéfica deste período apoiando desta forma o processo de construção do papel maternal.

Os cuidados que prestei foram dirigidos ao controlo da dor, conforto da puérpera/acompanhante e RN, apoio no processo do aleitamento materno e apoio na satisfação dos desejos e expectativas.

Como já referi anteriormente no 4º estágio do TP a puérpera, o RN e o acompanhante permanecem no seu quarto na SP. Pude ao longo do Estágio

prestar cuidados no 4º estágio do TP a todas as mulheres e RN a quem realizei o parto promovendo assim a continuidade de cuidados.

Relativamente aos cuidados prestados à puérpera avaliava o nível de dor e a necessidade de algum método não farmacológico/farmacológico de controlo da mesma. Avaliava os sinais vitais da puérpera para despiste precoce dos sinais de hemorragia e infeção pós-parto. Observava a região perineal despistando edema, hemorragia/hematomas e deiscências na episiorrafia ou correção das lacerações. Avaliava a presença do globo de segurança de Pinard despistando atonia uterina. Incentivava a eliminação vesical para promoção do tônus uterino. Desenvolvi assim a competência *“Diagnostica precocemente e identifica complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido no pós-parto”* (Regulamento nº127/2011 p.8664).

Durante todo o Estágio não tive situações de complicação no puerpério imediato, porém através do contacto com relatos de situações, durante a passagem de ocorrências, da atuação do Enfermeiro Obstetra em situações de complicações, verifiquei que neste período a vigilância direcionada para a deteção precoce de complicações é fundamental e o EEESMO é um elemento chave neste período pois garante a vigilância e encaminha/colabora com outros profissionais na resolução adequada das complicações do puerpério imediato.

Durante todo o 4º estágio do TP a puérpera permanecia em repouso na cama habitualmente em contacto pele-a-pele com o RN, o acompanhante permanecia sempre junto deles. Verifiquei que a permanência do acompanhante permitia a ambos sentimentos de tranquilidade e possibilitava a vinculação e o início do funcionamento enquanto família. A vinculação ao RN é um processo onde atuam elementos da mulher/accompanhante e todos os comportamentos do RN no qual iniciam a sua ligação e relação (Karen, 1998). Foi isto mesmo que verifiquei, este período ao ser vivenciado em tríade promove o sentimento de ligação entre os três elementos. Nesta fase a minha prestação de cuidados centrou-se na promoção da privacidade e conforto da tríade. Verifiquei que nesta fase inicial da vinculação a presença dos dois pais, todos os comportamentos, os afetos e as palavras entre a tríade são vitais no estabelecimento da relação. Pude verificar que todos os casais referiram que o facto de terem permanecido juntos, num local já conhecido onde se sentiam em

privacidade lhes possibilitou terem um momento benéfico do pós-parto imediato.

Os cuidados prestados, como já referi, foram de vigilância do estado geral da puérpera e do RN e também de apoio no estabelecimento do aleitamento materno. O tipo de aleitamento do RN era abordado no início do TP, capacitando a mulher e acompanhante para uma decisão informada, nesse momento obtinha assim a decisão da mulher/acompanhante. Todas as puérperas pretenderam amamentar os filhos sendo que conseguiram estabelecer a amamentação na primeira hora de vida do RN.

Relativamente ao aleitamento materno, neste período verifiquei que os EEESMO são profissionais que mais influenciam o aleitamento materno, pois ao deter um corpo de conhecimentos específicos e ao acompanharem todo o período pré-natal, natal e pós-natal são determinantes nesse processo e no seu sucesso futuro. O sucesso no aleitamento materno influencia a autoestima materna e o bem-estar do bebé proporcionando experiências gratificantes futuras (Coutinho & Leal, 2005). Porém a amamentação implica aprendizagem e prática e nem sempre é fácil o seu início (Guyton, 2002). Desta forma durante a minha prestação de cuidados à mulher no período pré-natal, TP e pós-natal baseou-se nos dez passos para o sucesso do aleitamento materno (UNICEF, 1991) Assim desenvolvi a competência H4.1.4 *“Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções (...) de apoio ao aleitamento materno”* (Regulamento nº127/2011 p.8665).

No puerpério imediato pude promover os passos 3 a 9, pois proporcionei o alojamento conjunto, demonstrei algumas das vantagens do aleitamento materno e os sinais de boa pega, apoiei e colaborei no estabelecimento do aleitamento materno na primeira hora de vida (alertando a mãe para sinais de prontidão do bebé), incentivei o regime de horário livre para o aleitamento materno, apoiei o processo de alimentação exclusiva do RN com leite materno, não promovi a utilização de tetinas/mamilos artificiais e/ou chupetas.

Relativamente aos cuidados prestados ao RN, avaliava a sua adaptação à vida extra-uterina. Realizei o exame físico para despiste de anomalias, situação que não ocorreu ao longo do Estágio. Vigia a eliminação vesical e intestinal. Abordava novamente neste período os cuidados ao RN com a

puérpera e acompanhante, sobretudo verificando quais eram as suas dúvidas e dificuldades iniciando assim estratégias de apoio nesses cuidados.

A prestação de cuidados neste período ao RN permitiu-me desenvolver competências de avaliação do RN e promoção da sua saúde.

Verifiquei que todos os cuidados prestados de promoção dos cuidados ao RN e do aleitamento materno possibilitaram capacitar as puérperas, pois referiam frequentemente sentir-se seguras e confiantes. À medida que o tempo de contacto com o RN é maior e a mulher vai sentindo confiança e é capaz de desempenhar os cuidados ao RN a construção do papel maternal vai conciliando-se (Mercer, 1995).

A minha prestação de cuidados terminava com o final do puerpério imediato, procedia então à transferência da puérpera e do RN para o Serviço de Internamento de Puérperas. Acompanhava a tríade até ao Serviço onde fazia a passagem oral das ocorrências e dos cuidados prestados, dando especial ênfase ao estado da puérpera e RN e às dificuldades da puérpera e acompanhante nos cuidados ao RN, bem como as estratégias já utilizadas.

Habitualmente no dia seguinte realizava uma visita à puérpera e RN para identificar situações de complicações relacionadas com os cuidados prestados e verificar o progresso relativamente à cicatrização de episiorrafias e correções de lacerações, aos cuidados ao RN e à construção do papel maternal. Esta visita permitiu-me consolidar aprendizagens e desenvolvimento de competências.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatei que cada TP constitui-se como uma experiência única para as mulheres e acompanhantes. Essa experiência irá para sempre marcar a vida destes intervenientes contribuindo decisivamente na construção do papel maternal e paternal.

Chegada a este momento em que concluí o meu percurso de prestação de cuidados especializados no contexto de Estágio com Relatório irei apresentar a minha reflexão final de todo este processo de aprendizagem identificando os contributos para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Este Relatório foi construído como um veículo de sistematização das aprendizagens realizadas, de reflexão sobre os cuidados prestados e as competências desenvolvidas enquanto futura EEESMO.

Durante a realização deste Relatório, bem como durante a prestação de cuidados no Estágio, utilizei os princípios do pensamento refletivo. Na aprendizagem da Enfermagem só o pensamento refletivo é educativo (Lasater, 2011). Assim a reflexão foi uma estratégia determinante, possibilitou-me: identificar áreas onde necessitei de aprofundar conhecimentos e obter as evidências científicas mais atuais; estar habilitada à participação na tomada de decisão; identificar capacidades e dificuldades, encontrando estratégias para ultrapassar as dificuldades e realizar uma análise das competências do EEESMO desenvolvidas ao longo de todo o Estágio. Tudo isto me possibilitou desenvolvimento profissional e pessoal.

Todo o meu percurso formativo e de desenvolvimento de competências teve como contributos determinantes a disponibilidade, colaboração e apoio sempre demonstrados pela Docente Orientadora e pelo Enfermeiro orientador da Instituição de Estágio.

A minha postura enquanto estudante foi também fundamental ao longo do Estágio, devido à procura constante de situações onde pudesse intervir e pela relação estabelecida com a equipa multidisciplinar. Devo referir que a minha maior dificuldade foi assumir um papel de questionamento dos cuidados na equipa devido à minha inexperiência como Enfermeira naquele contexto e nos cuidados à mulher durante o período pré-natal, TP e pós-natal. Aspeto este discutido e trabalhado com o apoio do Enfermeiro Orientador e Docente

Orientadora. Considero, de acordo com (Benner, Tanner, & Chesla, 2009), que no início da UC me encontrava no nível de iniciada avançada onde tinha sobretudo dificuldade em dar resposta a todas as necessidades de cuidados da pessoa como globalidade. Considero que pude evoluir ao longo do Estágio até ao nível de proficiente. Desenvolvi a competência de tomada de decisão e raciocínio clínico, utilizando a argumentação fundamentada. Pude planear, executar e avaliar os cuidados de Enfermagem Especializados e assim desenvolver competências técnicas e a autonomia.

Verifiquei com a realização deste Relatório que a minha prestação de cuidados foi fundamentada, mobilizando as evidências científicas realizando assim uma prática baseada na evidência. Pude desenvolver competências técnicas e relacionais específicas enquanto futura EEESMO e sendo progressivamente competente e autónoma nos cuidados prestados. Pretendo continuar a evoluir na prestação de cuidados e sobretudo continuar na busca permanente da fundamentação dos cuidados em evidências científicas, uma vez que cada vez mais na actualidade os conhecimentos são dinâmicos e mutáveis.

A Teoria da Construção do Papel Maternal de Ramona Mercer sustentou a minha prestação de cuidados ao longo do Estágio. Sendo que a premissa da experiência benéfica do TP ser fundamental na construção do papel maternal (Mercer 1995) era diariamente repetida nos meus cuidados.

Assim a promoção de uma experiência benéfica do TP para a mulher/acompanhante foi o meu foco de cuidados ao longo da construção deste relatório, reconheci que os cuidados prestados foram de fato promotores de uma experiência benéfica do TP apoiando o processo de construção do papel maternal.

Os fatores que permitem experiências benéficas para as mulheres incluem a perceção do controlo da dor, para isso devem ser instituídos métodos não farmacológicos de controlo da dor (Mercer et al 2006). As parturientes que experienciam menos dor referem níveis elevados de satisfação com o seu parto e têm assim uma experiência positiva do TP (Waldenstrom & Winddridge, 1999). A dor do TP é assim o fator mais importante relacionado com a satisfação do TP e desta forma com a construção das experiências do TP. Constatei, com este relatório, que durante

o Estágio as parturientes referiram que a utilização da música lhes permitiu controlar a dor do TP e assim lhes permitiu terem uma experiência benéfica do TP. Considero assim que este é um método que deve ser mais utilizado.

Este relatório permitiu-me verificar que o uso da música enquanto método de controlo da dor durante o TP foi benéfico para todas as parturientes apenas durante o 1º Estádio. Porém somente as parturientes que já conheciam as vantagens do uso da música durante o TP, que já tinham durante a gravidez abordado este método e selecionado a sua lista de músicas referiram sempre níveis de dor inferiores durante a utilização e mantiveram a utilização da música até ao 4º estágio do TP. Considero assim ser necessário mais investigação sobre a efetividade deste método durante o 2º, 3º e 4º estágio do TP.

Deste modo, considero que o uso da música enquanto método não farmacológico de controlo da dor durante o TP deve ser abordado durante o período pré-natal para obter os benefícios descritos na literatura.

Durante a minha prestação de cuidados de utilização da música durante o TP constatei que este era um método valorizado pelos Enfermeiros não só como promotor de uma experiência positiva do TP mas também como promotor do seu relaxamento agindo diretamente reduzindo os níveis de *stress* referidos. Considero assim importante compreender futuramente as experiências dos enfermeiros face ao uso da música como método promotor de relaxamento durante a prestação de cuidados no contexto de SP.

Verifiquei também que o uso da música foi um método de controlo da dor que não implica treino na sua implementação, pelo que é simples e de baixo custo pois hoje em dia as parturientes e acompanhantes dispõem de dispositivos que podem ser mobilizados na implementação do método. Porém o seu uso deve atender as preferências das parturientes e respeitar a sua decisão face ao uso dos métodos farmacológicos e não farmacológicos.

Ao longo do processo formativo fui concluindo que a prestação de cuidados Especializados pelo EEESMO deve proporcionar um parto seguro e satisfatório, minorando a dor da grávida, enaltecendo a sua individualidade, tornando a experiência do TP numa vivência positiva e construtiva para a mulher/acompanhante. Assim, os Cuidados de Enfermagem Especializados devem ser individualizados, a tomada de decisão deve ser centrada em cada

cliente e devem estar embebidos nos valores do cuidar, do raciocínio clínico, do holismo e do *Empowerment*.

A realização deste Estágio e a elaboração deste relatório foram desafiantes mas constituíram-se experiências extremamente enriquecedoras.

5. BIBLIOGRAFIA

Abreu, W. (2008). *Transições e contextos multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau.

ACOG Practice Bulletin. Episiotomy. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Number 71, April 2006

Augé, P. (2009). Guia didáctica: Musicoterapia, Relajación com música. In E. S. Madrona, *Terapias Naturales: Intervenciones autonomas de enfermería* (pp. 100-115). Barcelona: Obra Social Fundacion "La Caixa".

Backes, D., & al, e. (Junho de 2003). Música: terapia complementar no processo de humanização de uma CTI. *Revista Nursing* , pp. 37-42.

Benenzon, R. (1988). *Teoria da musicoterapia: Contribuição ao conhecimento do contexto não verbal*. São Paulo: Summus.

Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2009). *Expertise in Nursing Practice*. New York: Springer Publishing Company.

Bennett, P., & Murphys, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Bergold, L. (December de 2003). Music for care humanization . *Online Brazilian Journal of Nursing* .

Browning, C. A. (2000). Using Music During Childbirth. *Birth*, 27 (4), 272- 276.

Brazão, R. (2010). *Analgesia e Anestesia no parto in Graça, L.M. Medicina Materno Fetal* . Lisboa : Lidel.

Bruscia. (1998). *Defining music therapy* . Barcelona: Barcelona Publishers .

Capra, F. (1982). *O Ponto de Mutação*. Bantam.

Caton et al, C. (5 de May de 2002). The nature and Management of Labor Pain: Executive Summary . *American Journal Of Obstetrics and Gynecology* , pp. 1-11.

Collière, M. (1989). *Promover a Vida - Da Pratica das Mulheres de Virtudes aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa : Sindicato dos Enfermeiros Portugueses .

Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez: A Experiência Psicológica* . Lisboa: Edições Colibri.

Coutinho, E. (2000). A experiência de ser cuidada na sala de partos. *Escola Superior de Enfermagem de Viseu* , pp. 29-36.

Coutinho, J., & Leal, I. (2005). Atitude das mulheres em relação à amamentação: estudo exploratório. *Análise Psicológica* , pp. 277-282.

- FAME. (2009). *IPN*. Obtido em julho de 2016, de FAME: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>
- Frias, A. (2008). A preparação Profilática para o parto e nascimento do bebé: Estudo comparativo . *INFAD Revista de Psicologia* , pp. 47-54.
- Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno-Fetal*. (4ª ed). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Guyton, A. (2002). *Tratado de Fisiologia Médica* . Rio de Janeiro : Guanabara Koogan.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital, Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa perspectiva de Cuidar* . Loures : Lusociencia.
- Hosseini, S. E., Bagheri, M., Honarparvaran, N. (2013). Investigating the effect of music on labor pain and progresso in the active stage of first labor. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 17, 1479-1487.
- IPN. (2009). *Iniciativa Parto Normal*. Loures: Lusociência.
- Joanna Briggs Institute. (2011). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*. Adelaide : The Joanna Briggs Institute .
- Junior, F., & al, e. (2012). Influencia da musica na dor e na ansiedade decorrentes de cirurgia com pacientes com câncer da mama. *Revista Brasileira de Cancerologia* , pp. 135-141.
- Karen, R. (1998). *Becoming attached: First relationships and how they shape our capacity to love*. New York: Oxford University Press
- Kuokkanen, L., & Leino-Kilpi, H. (2000). Power and empowerment in nursing: Three Theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing* , pp. 235-241.
- Lasater, K. (Março de 2011). Clinical Judgment:The last frontier for evaluation. *Nurse Education in Practice* , pp. 86-92.
- Laverack, G. (2008). *Promoção de Saúde - Poder e Empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Leão, E., & Silva, M. (2004). Música e dor crónica musculoesquelética: o potencial evocativo de imagens mentais. *Revista Latinoamericana de Enfermagem* , pp. 235-241.
- Leeman et al, m. (September de 2003). The Nature and management of Labor Pain: Nonpharmacologic Pain Relief. *American Family Physician* , pp. 1109-1112.
- Leodoro, L.; et al (2013). Effects of soothing music on labor pain among Filipino mothers. *Clinical Nursing Studies*, Vol 1, No.1, 35-43.
- Liu, Y., Meu-Yueh, C., Chung-Hey, C. (2010). Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1065-1072.

- Lopes, A.L.M. & Fracoli, L. A. (2008). Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre a sua aplicação na pesquisa em Enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 17(4), 771-778. Acedido em 18/07/2015 de Scielo Brasil. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400020&lang=pt&tlng=pt;
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade, 7ª Edição*. Camarate : Lusodidacta.
- Martin, C. (2014). A narrative literature review of the therapeutic effects of music upon childbearing women and neonates. *Complementary Therapies in Clinical Practice* , pp. 262-267.
- Mayeroff, M. (1990). *On Caring*. United States of America: Harper Perennial.
- McCormack, B., & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advance Nursing* , pp. 472-479.
- McEvoy, L., & Duffy, A. (2008). Holistic practice - A concept analysis. *Nurse Education in Practice* , pp. 412-419.
- Meleis, A., & al, e. (Setembro de 2000). Experiencing Transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science* , pp. 12-28.
- Melzack, R., & Wall, P. (19 de November de 1965). Pain Mechanisms: A New Theory . *Science* , pp. 971-979.
- Mendes, M. (1991). *Curso de Obstetrícia* . Coimbra : Hospital da Universidade de Coimbra.
- Mercer et al, R. (July de 2006). Anesthesia, Analgesia for Vaginal Childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* .
- Mercer, R. (1995). *Becoming a Mother: Research on Maternal role identity since Rubin*. New York: Springer .
- Mercer, R. (1990). *Parents at Risk*. New york: Springer.
- Mercer, R. (September/October de 1981). The Nurse and Maternal Tasks of Early Postpartum. *American Journal of Maternal Child Nursing* , pp. 341-345.
- Mercer, R. (1985). The relationship of age and other variables to maternal behavior . *Health Care for women International* , pp. 295-308.
- Mercer, R. (1986). The relationship of developmental variables to maternal behavior. *Research in Nursing and health* , pp. 25-33.
- Nogueira, J., & Ferreira, M. (2012). O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional ao bebé. *Revista de Enfermagem Referência* , pp. 57-66.
- OE. (2010). *Pelo Direito ao Parto Normal - Uma Visão Partilhada*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros Portugueses.

- Ordem dos Enfermeiros, A. (2015). Livro de Bolso: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras. Lisboa, Portugal.
- Orem, D. (1985). *Nursing: Concepts of practice*. St. Louis : Mosby Year Book Inc.
- Padilha, M. (2008). A musicoterapia no tratamento de crianças com perturbação do espectro do autismo. *Tese de Mestrado Integrado em Medicina*. Portugal: Universidade da Beira Interior.
- Papathanasiou, I., Sklavou, M., & Kourkouta, L. (2013). Holistic nursing care: Theories and perspectives. *American Journal of Nursing Science*, pp. 1-5.
- Passos, E. (2003). *Rotinas em Infertilidade e Contraceção*. Poto Alegre: Artmed.
- Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, Entrevista, Relação de ajuda e Validação*. Loures: Lusociência.
- Posner, G., & et al, A. (2013). *Oxorn-Foote human labor and birth, 6th Edition*. New York: McGraw-Hill.
- Ramos, M. (2011). *Adaptação psicossocial de casais portugueses à infertilidade e à reprodução medicamente assistida*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Dissertação de Doutoramento. Regulamento nº127/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República, 2.ª série, N.º 35 (18 de Fevereiro de 2011). 8662-8666;
- Reynolds, J. (1997). Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *Canadian Medical Association Journal*, pp. 679-682.
- Silva, A. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, pp. 11-20.
- Silva, C., & al, e. (Jan./março de 2013). Respostas fisiológicas de recém-nascidos pré-termo submetidos à musicoterapia clássica. *Revista Paulista de Pedriatria*, pp. 30-36.
- Silva, C., & Carneiro, M. (Novembro/Dezembro de 2014). Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 17-26.
- Simavli, S., et al (2014) (a). Effect of music on labor pain relief, anxiety level and postpartum analgesic requirement: a randomized controlled clinical trial. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, Vol.78 (4), 244-250.
- Simavli, S., et al (2014) (b). Effect of music therapy during vaginal delivery on postpartum pain relief and mental health. *Journal of Affective Disorders*, Vol. 156, 194-199.
- Simkin, P., & Bolding, A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery and Womens Health*, pp. 489-504.

Simkin, P., & O'Hara, M. (May de 2002). Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. *American Journal Obstetrics and Gynecology* , pp. 131-159.

Smith, C., Collins, C., & Crowther, C. (2010). Complementary and Alternative Therapies for pain management in labour. *The Cochrane Library* , pp. 1-4.

Sousa, A., Barradas, A., Pereira, A., & Teixeira, A. (2014). O Berço Vazio . Lisboa, Portugal.

Tabarro, C.; Campos, L.; Galli, N; Novo, N.; Pereira, V. (2010). Efeito da música no trabalho de parto e recém-nascido. *Revista Escola Enfermagem USP*, 44(2), 445-452.

Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra*. Loures: Lusociência .

Trout, K. (November/December de 2004). The Neuromatrix Theory of Pain: Implications for Selected Nonpharmacologic Methods of Pain Relief for Labor . *Journal of Midwifery & Women's Health* , p. 482.

UNICEF. (1991). Obtido em Julho de 2016, de UNICEF: http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9999.htm

Ward, S. & Hisley, S. (2009). Promoting Patient Comfort during Labor and Birth. In, *Maternal-Child Nursing Care: Optimizing Outcomes for Mothers, Children, and Families* (pp. 399-426). Philadelphia : F.A. Davis Company.

Watson, J. (1999). *Enfermagem: Ciencia Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

WHO (2007). Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington, DC, USA. Geneve.

WHO. (1996). *Care in Normal Birth: a Practical guide*. Geneva: WHO.


Wingram, T., Grocke, D. (2007). Receptive Methods in Music Therapy: Thecniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students. UK: Jessica Kingsley Publishers.

Winokur, M. (1984). *The use of musi as an audio-analgesia during childbirth*. The Florida State University .

ANEXOS

Anexo 1 *MAStARI critical appraisal tools*

Anexo 1 - MASTARI critical appraisal tools



MAStARI - Meta Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument

ReviewsStudyLogoutAbout

Select

Detail

Assessment

Extraction

Results

Meta-Analysis

Assessment for : Author - Journal (2011)

Type: Primary

User: catalin1

Design: Comparable Cohort / Case Control Studies

Criteria	Yes	No	Unclear	Not Applicable	Comment
1) Is sample representative of patients in the population as a whole?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
2) Are the patients at a similar point in the course of their condition/illness?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
3) Has bias been minimised in relation to selection of cases and of controls?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
4) Are confounding factors identified and strategies to deal with them stated?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
5) Are outcomes assessed using objective criteria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
6) Was follow up carried out over a sufficient time period?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
7) Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
8) Were outcomes measured in a reliable way?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
9) Was appropriate statistical analysis used?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

Include

Reason


Update

Undo

Cancel

Anexo 2 *QARI critical appraisal tools*

Anexo 2 - QARI critical appraisal tools



QARI - Qualitative Assessment and Review Instrument

ReviewsStudyCategoriesSynthesisLogoutAbout

Select

Detail

Assessment

Extraction

Findings

Assessment for : Author - Journal (2011)

Type: Primary

User: catalin1


Criteria	Yes	No	Unclear	Not Applicable	Comment
1) There is congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
2) There is congruity between the research methodology and the research question or objectives.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
3) There is congruity between the research methodology and the methods used to collect data.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
4) There is congruity between the research methodology and the representation and analysis of data.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
5) There is congruity between the research methodology and the interpretation of results.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
6) There is a statement locating the researcher culturally or theoretically.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
7) The influence of the researcher on the research, and vice-versa, is addressed.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
8) Participants, and their voices, are adequately represented.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
9) The research is ethical according to current criteria or, for recent studies, there is evidence of ethical approval by an appropriate body.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
10) Conclusions drawn in the research report do appear to flow from the analysis, or interpretation, of the data.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

Include

Reason

Anexo 3 *MAStARI Data extraction tools*

Anexo 3 - MASTARI data extraction tools



MAStARI - Meta Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument

ReviewsStudyLogoutAbout

Select
Detail
Assessment
Extraction
Results
Meta-Analysis

Extraction Details: Author - Journal (2011) - Randomised Control Trial / Pseudo-randomised Trial

Study Information


* denotes field which will appear in report appendix

Method *	<input type="text"/>
Setting	<input type="text"/>
Participants *	<input type="text"/>
# Participants	Group A: <input type="text"/> Group B: <input type="text"/>
Interventions	Interventions A: * <input type="text"/> Interventions B: * <input type="text"/>
Authors Conclusion	<input type="text"/>
Reviewers Comments *	<input type="text"/>
Complete	<input type="button" value="Yes"/>

Save DetailsUndoCancel

Anexo 4 *QaRI Data extraction tools*

Anexo 4 - QARI data extraction tools



QARI - Qualitative Assessment and Review Instrument

Reviews Study Categories Synthesis Logout About

Select
Detail
Assessment
Extraction
Findings

Extraction Details: Author - Journal (2011)

* denotes field which will appear in report appendix

Methodology:

Method: *

Phenomena of Interest: *

Setting:

Geographical:

Cultural:

Participants: *

Data Analysis:

Authors Conclusion: *

Reviewers Comments: *

Complete

Version 5.0 Copyright © Joanna Briggs Institute 2011.